

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA



ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

M A N U A L D O T R A B A L H A D O R



**Governo do
Estado da Bahia**

Secretaria da Saúde



ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

M A N U A L D O T R A B A L H A D O R

B151a Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Básica.

Acolhimento pedagógico para profissionais da Atenção Básica: manual do trabalhador / Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Básica. -- Salvador: SESAB/SAIS/DAB, 2021.
228p. : il.

ISBN 978-65-00-27355-7

1. Saúde da Família. 2. Curso Introdutório. 3. Educação Permanente.
I. Título.

CDU 37: 614

RUI COSTA

Governador do Estado da Bahia

FÁBIO VILAS-BOAS

Secretário da Saúde do Estado da Bahia

IGOR LOBÃO FERRAZ RIBEIRO

Superintendente de Atenção Integral à Saúde

JOSÉ CRISTIANO SOSTER

Diretor da Atenção Básica

2021 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

Ficha Técnica

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

DIRETOR

José Cristiano Soster

e-mail: sesab.dab@saude.ba.gov.br

ASSESSORIA

Elisa Maria Ramos Carvalho

Helena Oliveira Salomão

Vânia Gomes Theodoro

e-mail: dab.assessoria@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE APOIO E DESENVOLVIMENTO - COAD

Kally Cristina Soares Silva

Marcus Vinícius Bonfim Prates

Monica Maria Lemos Pereira

e-mail: dab.coad@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO - COAM

Marcia Ediméia Costa de Matos

Pedro Hernando Pairazamán Díaz

e-mail: dab.coam@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DE GESTÃO E PROJETOS - COGEP

Aloisio Guillen Moreira

Ivonete de Santana Queiroz

e-mail: dab.cogep@saude.ba.gov.br

COORDENAÇÃO DO NÚCLEO TÉCNICO DE TELESSAÚDE / BA

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

e-mail: gestao.telessaude@saude.ba.gov.br

EQUIPE DE APOIO ADMINISTRATIVO

Daiane Fernandes Sena

Iramaia Cerqueira de Andrade

Karina Amorim Brandão

Lindinalva Soares Silva

Luciene Araújo de Oliveira

Maria José Santana

Paulo Roberto de Santana

Valéria Aguiar Matos

COORDENAÇÃO GERAL

Elisa Maria Ramos Carvalho

ELABORAÇÃO

Consultoria PROSUS - Vania Priamo e

Letícia de Moraes Falleiro

DAB – Márcia Ediméia Costa de Matos e

Vânia Gomes Theodoro

REVISÃO TÉCNICA

Elisa Maria Ramos Carvalho

Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva

Marcia Ediméia Costa de Matos

Vânia Gomes Theodoro

COLABORADORES

TÉCNICOS DA DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Adeilda Ananias de Lima

Adrielly Costa Freire de Carvalho

Agda Maria de Castro S. Lacerda

Alessandra Vasconcelos dos S. Cerqueira

Aline Gomes Fernandes Santos

Ana Paula Torres Pinheiro

Anderson Freitas de Santana

Anny Everson Belas Hayvanon

Bárbara Conceição Vilas Boas Marques Brito

Carla Belo de Matos

Cintia Santos Conceição

Denise Rodrigues Diniz

Diego Emanuel Lisboa da Silva

Diego Rangel dos Anjos Prata

Eliane Maria de Souza

Elis Carla Costa Matos Silva

Fábio Brito dos Reis

Françoise Elaine Silva Oliveira

Gabriela Pereira Santos

Gladys Reis de Oliveira

Helen Ingrid Vieira Barreto

Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva

Isabella Oliveira Cordeiro Andrade

Janaína Cardoso Rodrigues

Jandira Lopes Cruz

Juliana Lamounier Elias

Karena Maria Cruz Dultra

Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão

Karina Rodrigues Lelis
Kassia Jeane Félix dos Santos Vieira
Ludmilla Monfort Oliveira Sousa
Luisa Gervalina Larchert Carvalho Dias
Lyz dos Santos Vianna
Manuela Oliveira da Silva Paz
Marcelo Rios Lopes
Maria Cristina Santos Santana
Maria Gabriele de Almeida Dantas
Mariana de Azevedo Pinto
Mariângela Costa Vieira
Marina Souza Vieira
Naiara Freitas Carvalho de Andrade
Nilma Lima dos Santos
Patrícia Carvalho Andrade
Pedro Hernando Paerazaman Diaz
Rivany Ribeiro da Silva Lima
Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Rosivan Barbosa de Matos
Samantha Habib Miguel B. Ferreira
Sávia Souza Machado
Sílvia Pereira Aleluia
Simone Janete Oliveira Barbosa
Tereza Cristina Guimarães Lima Cruz
Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
Ticiane dos Santos Ferreira
Vanessa Santos Estrela
Xênia Paula Correia Reis
Yolanda Silva de Oliveira

COLABORAÇÃO ESPECIAL DAB

Elisa Maria Ramos Carvalho
Helen Ingrid Vieira Barreto
Nilma Lima dos Santos
Rivany Ribeiro da Silva Lima

TÉCNICOS NRS/BR

Andréa Raimundo Dias
Bárbara Rosário dos Santos
Catarina Ribeiro Fernandes
Celita Nazareth Menezes
Danilo Souza Amorim
Denise Batalha O. Lima
Eduarda M. Santos
Elba Mascarenhas
Fabiola Mesquita Mangabeira Grassi
Leidilania Soares de Oliveira

Livia Brito Castro
Luzia de Souza Torregrossa
Maria Ana Nogueira Nunes
Maria Auxiliadora Mariano Cunha
Maria Aparecida Souza Conceição
Maria José J. S. Costa
Marília de Queiroz V. Marques
Marlúcia Rocha Santana
Miguel Bispo Costa
Olívia Maria Matos Almeida
Rafaela M. Barreto
Rita de Cácia A. Correia
Rosimeire da Costa Castro
Samantha de Jesus Andrade
Silvanio Silva Souza
Vinicius Rodrigues Santos

TÉCNICOS DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Carla Taiana Bressy
Maria Aparecida Rodrigues

RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UNEB, TURMA 10-2018

Ana Carolina de Castro e Silva
Deise Nascimento
Emily Karle dos Santos Conceição
Irani Santos Silva
Juliana Vasconcelos Silva
Leonardo Lima Ribeiro
Luane Rocha da Silva
Maiane Ferreira dos Santos
Simone Almeida Santiago
Síntique Priscila Alves Lopes

PROJETO GRÁFICO

Fábio Brito dos Reis

TIRAGEM

800 unidades

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço - 4ª Avenida, nº 400, Bloco B, 1º andar
Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP- 41.750-300
Tel. - (71) 3115-4375
Endereço eletrônico: www.saude.ba.gov.br/dab

Listas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Carga horária do Acolhimento Pedagógico (AP).

Quadro 2 - Cronograma geral do AP.

Quadro 3 - Programação do Dia 1.

Quadro 4 - Modelo assistencial médico-privatista e estratégia de saúde da família.

Quadro 5 - Programação do Dia 2.

Quadro 6 - Sistematização do estudo de caso da gestante com sífilis.

Quadro 7 - Participação e controle social no SUS.

Quadro 8 - Programação do Dia 3.

Quadro 9 - Roteiro para caracterização da área de abrangência.

Quadro 10 - Programação do Dia 4.

Quadro 11 - Matriz para sistematização da lista de problemas.

Quadro 12 - Matriz de priorização de problemas referente ao estado de saúde da população.

Quadro 13 - Matriz de priorização de problemas referente a unidade de saúde.

Quadro 14 - Matriz para construção da árvore de problemas.

Quadro 15 - Matriz para definição de objetivos.

Quadro 16 - Matriz de definição de ações e análise de viabilidade.

Quadro 17 - Matriz de programação operativa.

Quadro 18 - Programação da 2ª etapa - Interação entre Equipe e Território.

Quadro 19 - Programação do Dia 5.

Quadro 20 - Indicadores para monitoramento da programação operativa.

Quadro 21 - Exemplo de programação operativa.

Quadro 22 - Exemplo de indicadores para monitoramento da programação operativa.

Quadro 23 - Programação do Dia 6.

Quadro 24 - Matriz para sistematização da reflexão do grupo sobre trabalho em equipe.

Quadro 25 - Matriz para demonstração de agenda.

Quadro 26 - Exemplo 1: Agenda orientada por ficha.

Quadro 27 - Exemplo 2: Agenda orientada por programa.

Quadro 28 - Exemplo 3: Agenda com momento para acolhimento à demanda espontânea.

Quadro 29 - Exemplo 4: Agenda com acolhimento à demanda espontânea em dois períodos e com a participação de médico, enfermeiro e dentista

Quadro 30 - Exemplo 5: Agenda organizada por bloco de horas.

Quadro 31 - Programação do Dia 7.

Quadro 32 - Matriz para planejamento de ação educativa.

Quadro 33 - Matriz para o plano de educação permanente da equipe.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho Lógico do Acolhimento Pedagógico.

Figura 2 - Modelo de determinação do processo saúde-doença, por Dahlgren e Whitehead, 1991.

Figura 3 - Modelo de determinantes sociais, por Diderichsen e Hallqvist, 1998.

Figura 4 - Proposta de organização de serviços em rede do Relatório Dawson, 1920.

Figura 5 - Os momentos do Planejamento e da Programação Local em Saúde (PPLS).

Figura 6 - Desenho representativo do diagnóstico situacional.

Figura 7 - Pinakarri.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP - Acolhimento Pedagógico

APS - Atenção Primária à Saúde

ASIS - Análise de situação de saúde

BEG - Bom Estado Geral

CAMAB - Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COAM - Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial

DAB - Diretoria de Atenção Básica

DATASUS - Departamento de informática do SUS

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

DUM - Data da Última Menstruação
eAP - equipe de Atenção Primária
eCnR - equipe Consultório na Rua
eSB - equipe de Saúde Bucal
eAB - equipe de Atenção Básica
eAP - equipe de Atenção Primária
eSF - equipe de Saúde da Família
eSPr - equipe de Saúde Prisional
eSFR - equipe de Saúde da Família Ribeirinha
EP - Educação Permanente
EPS - Educação Popular em Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
HPP - Hospital de Pequeno Porte
ID - Idade Gestacional
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais,
Queer/Questionando, Intersexo, Assexual e mais
LOC - Lúcida, Orientada e Coerente
MA - Metodologias Ativas
MRSB - Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
MS - Ministério da Saúde
NASF - AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e
Atenção Básica
NHS - National Health Service
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
NRS - Núcleo Regional de Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OPAS - Organização Pan- Americana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAB - Política Estadual da Atenção Básica
PCDT - Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas
PIB - Produto Interno Bruto
PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria de Acesso e
da Qualidade da Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da
População Negra
PPP - Parto, Pós-parto e Puerpério
PPLS - Planejamento e Programação Local em Saúde
PPS - Políticas Públicas de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
PSE - Programa Saúde na Escola
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RENASS - Rede Nacional de Serviços de Saúde
RN - Recém Nascido
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção
Básica
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância Sanitária
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
US - Ultrassom
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
TR - Teste Rápido
UBS - Unidade Básica de Saúde
USB - Unidade de Suporte Básico
VS - Vigilância em Saúde

“Quem dera eu achasse um jeito, de fazer tudo perfeito, feito a coisa fosse o projeto e tudo já nascesse satisfeito”
(Paulo Leminski).

Apresentação

O **Manual do Trabalhador** é um dos instrumentos que contribui para o desenvolvimento do **Acolhimento Pedagógico (AP)** no Estado da Bahia. Seu texto e formato subsidiaram-se nas discussões da oficina realizada entre trabalhadores da Diretoria de Atenção Básica (DAB/SAIS/SESAB), técnicos da Atenção Básica dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS/SESAB) e duas consultoras do PROSUS, em abril de 2019. Como o próprio termo “manual”, que significa feito à mão, este vem recheado de significados e se constitui em algo que nos remete ao fazer das diversas mãos que contribuíram para sua elaboração. Esperamos que o seu formato oportunize o manuseio fácil de seu conteúdo e contribua para a melhor produção de suas atividades no desenvolvimento do AP.

O material aqui contido envolve temáticas atinentes à Estratégia Saúde da Família, apresentadas por meio de dispositivos diversos, que contribuirão para aprimorar a atuação dos trabalhadores(as) da Atenção Básica: cronograma das atividades; textos e vídeos que orientam as discussões; uma Linha do Tempo com marcos importantes da saúde pública no Brasil e na Bahia; propostas de atividades que podem ser adaptadas para cada realidade e indicações de sites oficiais.

O Manual está organizado em capítulos, conforme o cronograma proposto para a realização das oficinas do Acolhimento Pedagógico: 1ª Etapa – Interação Pedagógica, 2ª Etapa – Interação entre Equipe e Território e 3ª Etapa – Interação Pedagógica, além do capítulo de apresentação de um Caso Guia, que será utilizado durante todo o percurso do AP. As Etapas de Interação Pedagógica estão divididas em subcapítulos, que compreendem os dias de atividades das oficinas em sala de aula e os Textos Base para fundamentação teórica. A Etapa de Interação entre Equipe e Território contém subcapítulos com as próprias atividades práticas realizadas no território. Após os capítulos citados, o Manual possui ainda os anexos: Matrizes Modelo, que estão em branco para facilitar a utilização durante as oficinas, e Diários de Campo do Trabalhador.

Este Manual pretende que você, trabalhador(a), sinta-se provocado(a) a refletir sobre a AB no SUS e, assim, implique-se na qualificação do seu processo de trabalho e da equipe em que está inserido(a), em busca de efetivar o SUS e seus princípios na prática cotidiana.

Não temos a pretensão de esgotar aqui toda discussão e muito menos de considerar essa obra acabada, mas temos a intenção de que esta produção gere análise, reflexão e mudança do fazer.

Convite feito, vamos dar as nossas mãos e seguir juntos(as)!

Prefácio

O Acolhimento Pedagógico na Bahia

O processo de educação permanente aos profissionais das equipes da Saúde da Família e Atenção Básica (AB), em geral, tem figurado como um desafio nos últimos tempos, sobretudo considerando a rotatividade dos trabalhadores nestas equipes. A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através da Diretoria de Atenção Básica (DAB), vem empreendendo esforços na direção da qualificação dos profissionais e a preparação para atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido uma das prioridades.

A primeira oferta estruturada de preparação para atuar na ESF, no estado da Bahia, foi o Treinamento Introdutório para Equipes de Saúde da Família nos anos de 2003 e 2004, realizada em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A partir de 2010, a concepção assumida adotou novos formatos e nova designação para este processo de qualificação, que passou a se chamar ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Essas ofertas de qualificação oferecidas pela Diretoria de Atenção Básica (DAB/SAIS/SESAB) nesta década, sempre foram acompanhadas por material formativo, utilizado tanto pelos profissionais das equipes participantes quanto pelo mediador pedagógico, também chamado de multiplicador ou facilitador. Em 2021, o mais novo Manual do Acolhimento Pedagógico se constitui como a oferta atualizada, que foi elaborada a partir do acúmulo de diferentes de saberes e experiências vivenciadas pelos trabalhadores da DAB e pelos técnicos das regionais de saúde, em contato com o território baiano.

Partindo da perspectiva de que acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde e que é necessário preparo para tal, o Acolhimento Pedagógico tem como objetivo geral acolher os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos elementos pedagógicos que pautam a própria ESF, a Atenção Básica e o Sistema Único de Saúde.

Com a priorização desta iniciativa, pretende-se qualificar a atenção prestada pelos profissionais atuantes ou a atuar na Saúde da Família, alinhando conceitos, princípios e diretrizes voltadas à estruturação desse espaço estratégico na política pública de saúde.

Desejamos que o Acolhimento Pedagógico dispare um produtivo processo de educação permanente nos municípios e possa conformar equipes mais preparadas para a promoção de cenários ainda melhores no SUS.

José Cristiano Soster
Diretor DAB/SESAB

Sumário

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
PREFÁCIO	15
METODOLOGIA E ESTRUTURA DO ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO	19
1ª ETAPA - INTERAÇÃO PEDAGÓGICA.....	28
DIA 1	28
Texto Base 1 Dia 1 - Determinantes Sociais da Saúde	30
Texto Base 2 Dia 1 - Estratégia Saúde da Família e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil	34
DIA 2	42
Texto Base 1 Dia 2 - Políticas Públicas de Saúde no Brasil	46
LINHA DO TEMPO	48
Texto Base 2 Dia 2 - Participação e controle social no Sistema Único de Saúde	56
Texto Base 3 Dia 2 - Integração de ações da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde	60
DIA 3	64
Texto Base 1 Dia 3 - As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos	67
Texto Base 2 Dia 3 - O território e a territorialização	76
DIA 4	84
Orientações para a apresentação das atividades práticas na 3ª etapa - Interação Pedagógica	85
Texto Base 1 Dia 4 - Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS).....	87
2ª ETAPA - INTERAÇÃO ENTRE EQUIPE E TERRITÓRIO	98
Primeira atividade prática: territorialização	99
Segunda atividade prática: levantamento e priorização de problemas	102
Terceira atividade prática: definição de objetivos, ações e programação operativa.....	106
Relação de produtos/atividades práticas para postagem no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA).....	109
3ª ETAPA - INTERAÇÃO PEDAGÓGICA.....	112
DIA 5	112
Texto Base 1 Dia 5 - PPLS (continuação): definição de indicadores	115

DIA 6	122
Texto Base 1 Dia 6 – A importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica	125
Texto Base 2 Dia 6 – Agenda das equipes da Atenção Básica	130
Texto Base 3 Dia 6 – Tecnologias para o cuidado em saúde	140
3ª etapa - Interação Pedagógica.....	150
DIA 7	150
Texto Base 1 Dia 7 – Educação Popular em Saúde	155
Texto Base 2 Dia 7 – Educação em Saúde	157
CASO GUIA.....	160
REFERÊNCIAS	192
MATRIZES MODELO.....	206
DIÁRIO DE CAMPO DO TRABALHADOR	218

Metodologia e estrutura do Acolhimento Pedagógico

O AP constitui estratégia fundamental para a qualificação dos trabalhadores e do trabalho na AB no estado. Trata-se de uma formação específica que introduz temas estruturantes para o desenvolvimento de Atenção à Saúde da Bahia, tendo a AB como ordenadora desta rede e coordenadora do cuidado.

Neste contexto, serão abordados: os determinantes sociais de saúde; os modelos de atenção à saúde no Brasil e o conceito ampliado de saúde; as políticas públicas de saúde no Brasil; participação e controle social; rede de atenção à saúde; integração entre AB e Vigilância à Saúde; territorialização; planejamento e programação local em saúde; agenda da equipe; tecnologias para o trabalho em equipe⁹ com o usuário, com as famílias e com a comunidade; educação permanente, educação em saúde e educação popular.

Alguns pressupostos metodológicos e conceituais respaldam esta proposta de Acolhimento Pedagógico: o primeiro, acolher todas as demandas, críticas, anseios e desejos de atores que já estiveram e continuam implicados com esta proposta; o segundo, ter uma produção que dialogue com as Regiões de Saúde e que mantenha a conexão da AB enquanto pilar da Rede de Atenção à Saúde (RAS); o terceiro, pauta-se na utilização de uma linguagem acessível, acolhedora e esclarecedora tanto para quem já vive o SUS há muitos anos, como para quem acabou de chegar; e por fim, o quarto pressuposto é que todos os atores implicados - trabalhadores, gestores e facilitadores - tenham a experiência da produção provocada pela reflexão crítica do fazer em saúde.

A Educação Permanente (EP) se dará de forma transversal ao desenvolvimento do AP. Por conseguinte, as atividades serão desenvolvidas com base em Metodologias Ativas (MA), relacionando-se a teoria com aspectos da realidade em busca de uma aprendizagem significativa.

Assim, o desenho do AP integra atividades teóricas com o cotidiano dos trabalhadores, ao provocar a reflexão a partir da sua realidade e ofertar possibilidades para a qualificação desta atuação. As atividades pedagógicas se desenvolvem a partir de um **Caso Guia**, centrado no fazer de uma equipe de saúde que busca estratégias para enfrentar os desafios da sua prática individual e coletiva. O Caso Guia é o fio condutor que articula as três etapas, que devem ser realizadas em uma sequência e organização que contribua para o desenvolvimento de habilidades e competências individuais e em equipe.

O AP será desenvolvido em três etapas que se inter-relacionam: duas de **Interação Pedagógica**, intercaladas com um momento de **Interação entre Equipe e Território**.

Cada etapa de **Interação Pedagógica** é presencial e ocorre com a participação de facilitadores e trabalhadores, tendo como propósito o estudo dos principais temas, troca de experiências e problematização da prática do trabalho das equipes em conexão com os conteúdos teóricos.

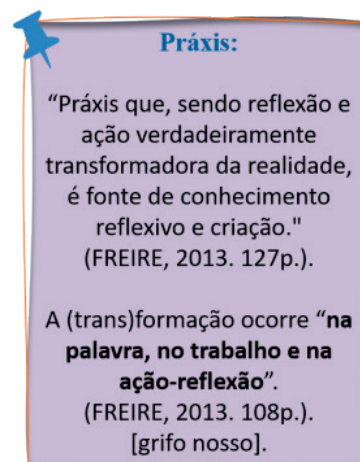
9. Considerando a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS/2017, das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2017), e a Portaria nº 2.539 GM/MS/2019 (BRASIL, 2019) que institui a equipe de Atenção Primária e dá outras providências, neste manual, as equipes a seguir serão todas consideradas como equipes de AB: equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Básica (eAB), equipe de Atenção Primária (eAP), equipe do Consultório na Rua (eCnR), equipe de Saúde Bucal (eSB), equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e equipe de Saúde Prisional (eSPR).

Na etapa de **Interação entre Equipe e Território**, os participantes desenvolvem as **atividades práticas** em equipe e também junto à comunidade, em seu cotidiano, produzindo reflexões que visem a transformação do processo de trabalho. As atividades práticas problematizam o processo de trabalho da equipe e representam um importante momento do ciclo pedagógico, devido à intervenção na realidade.

Para o registro individual do que é apreendido, ofertamos o **Diário de Campo do Trabalhador**, que são instrumentos que contribuem para organizar as reflexões, compreensões, vivências e, especialmente, para o registro do aprendizado significativo de cada atividade. Há o diário de campo para ser registrado pelo(a) trabalhador(a) e outro pelo(a) facilitador(a) e estão disponíveis ao final de cada manual.

Há ainda o acesso ao **Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)**, que é uma plataforma *on-line* onde estão disponibilizados os materiais de apoio para o desenvolvimento do AP e é também o local onde deverão ser postadas as atividades práticas realizadas. Para ter acesso, o(a) facilitador (a) e o(a) trabalhador (a) serão cadastrados e receberão uma mensagem via *e-mail* contendo o endereço eletrônico (*site*), *login* e senha.

A carga horária total do AP é de 80 horas, sendo 28 horas para a 1ª etapa de Interação Pedagógica (sala de aula); 16 horas para a etapa de Interação entre Equipe e Território (unidade de saúde/território); e mais uma etapa de Interação Pedagógica de 20 horas (sala de aula). Ainda compõem a carga horária 10 horas para acesso ao AVA e 06 horas para os registros em diário de campo, considerando uma hora após cada dia ou turno de atividade desenvolvida, tanto durante a Interação Pedagógica quanto durante a Interação entre Equipe e Território. Observe o quadro a seguir:



Quadro 1 - Carga horária do Acolhimento Pedagógico (AP)

ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO			
ETAPA	DIA	CARGA HORÁRIA	DIÁRIO DE CAMPO DO TRABALHADOR
Interação Pedagógica	Dia 1	8 horas	1 hora
	Dia 2	8 horas	1 hora
	Dia 3	8 horas	1 hora
	Dia 4	4 horas	30 minutos
Interação entre Equipe e Território	Primeira atividade	8 horas	2 horas
	Segunda atividade	4 horas	1 hora
	Terceira atividade	4 horas	1 hora
Interação Pedagógica	Dia 5	8 horas	1 hora
	Dia 6	8 horas	1 hora
	Dia 7	4 horas	30 minutos
Subtotal	--	64 horas	10 horas
AVA	--	06 horas	
Total	--	80 horas	

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.

Os **Manuais do Trabalhador** estão organizados de forma a contribuir com o acompanhamento de todo o processo do AP. A seguir, apresentamos a definição de expressões e símbolos utilizados.

Kit facilitador - é um kit que reúne os materiais voltados para o participante trabalhador do AP, para apoio ao desenvolvimento das atividades. Está disponível no AVA, assim como este Manual completo.

O perfil de acesso dos trabalhadores na plataforma permitirá a visualização de um outro kit facilitador, que contém os materiais gerais do AP, mas não contém os materiais específicos da atuação do facilitador.

- ✓  **Texto Base** - são os textos oferecidos em cada parte deste manual, que subsidiam as atividades.
- ✓  **Videos** - Símbolo que indica vídeos que fomentam a discussão no grupo e/ou a ampliação da reflexão sobre determinado tema. Os vídeos constam no kit facilitador e a maioria acompanha endereço eletrônico para busca na internet.
- ✓  Símbolo utilizado para destacar os conteúdos que merecem atenção.
- ✓  **Para lembrar** - utilizado para remeter a um item ou informação presente neste manual.
- ✓  **AVA** - indica que a atividade deve ser postada no ambiente virtual.

- ✓  **Para Pensar e Refletir** - indica uma situação especial que pode ser melhor desenvolvida a partir da reflexão / ideia que se apresenta.
- ✓  **Para saber mais!** - indica textos, vídeos e informações que não fazem parte do material utilizado no dia, mas que podem ampliar a compreensão sobre determinado tema.
- ✓  Este símbolo indica a sugestão de um método/atividade a ser utilizada.
- ✓  Símbolo para lembrar as anotações no Diário de Campo do Trabalhador.

O desenho lógico do Acolhimento Pedagógico

A proposta que se apresenta sugere que o (a) trabalhador (a) siga um caminho lógico, iniciando seu percurso pelo AP em etapa de **Interação Pedagógica**, com duração de quatro dias (em 7 turnos). Este percurso conduzirá o(a) trabalhador(a) para que tenha êxito na etapa de **Interação entre Equipe e Território**, cujo objetivo é o desenvolvimento do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS).

Ao retornar da Interação entre Equipe e Território, inicia-se a nova etapa de **Interação Pedagógica**, com duração de três dias (em 5 turnos), quando ocorrerão trocas de experiências, que serão o pano de fundo para a abordagem dos demais temas.

Com o intuito de representar essa totalidade do processo de aprendizagem do AP, elaboramos o desenho lógico a seguir:

O desenho lógico do Acolhimento Pedagógico

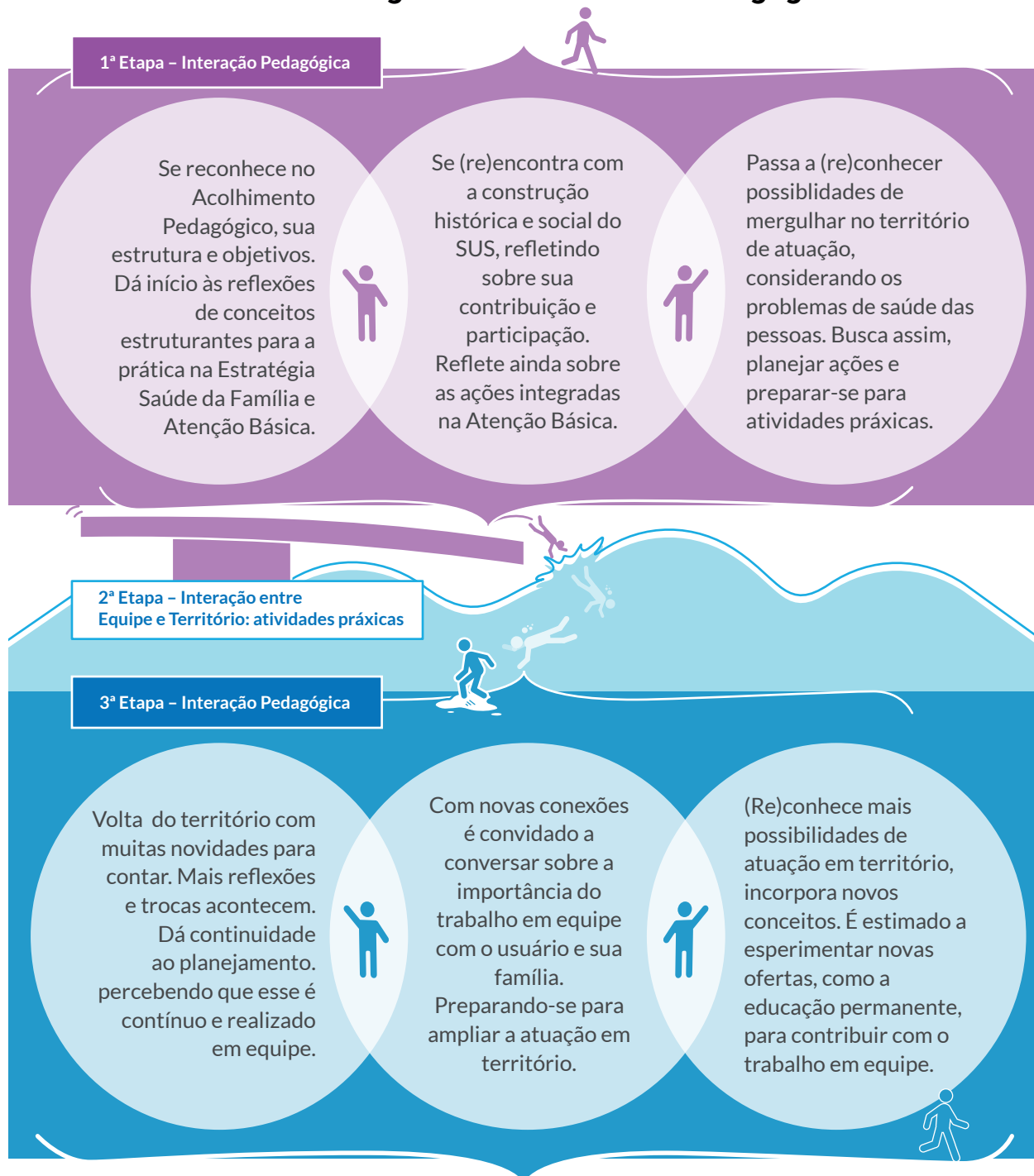


Figura 1 - Desenho Lógico do Acolhimento Pedagógico.

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2019.

Apresentamos a cronograma geral do AP organizado por etapas, dias e turnos, conforme descritos no quadro 2.

Quadro 2 - Cronograma geral do AP.

CRONOGRAMA GERAL AP				
	DIA 1 (8h)	DIA 2 (8h)	DIA 3 (8h)	DIA 4 (4h)
1ª ETAPA INTERAÇÃO PEDAGÓGICA	Determinantes Sociais da Saúde Modelos de atenção à saúde	Políticas de Saúde no Brasil Controle Social Integração entre Atenção Básica e Vigilância à Saúde	Rede de Atenção à Saúde Territorialização e Análise de Situação de Saúde	Planejamento e Programação Local em Saúde - PPLS
2ª ETAPA - INTERAÇÃO ENTRE EQUIPE E TERRITÓRIO	ATIVIDADE 1 (8h)	ATIVIDADE 2 (4h)		ATIVIDADE 3 (4h)
	Territorialização	PPLS		PPLS
3ª ETAPA INTERAÇÃO PEDAGÓGICA	DIA 5 (8h)	DIA 6 (8h)		DIA 7 (4h)
	Planejamento e Programação Local em Saúde - PPLS (continuação)	Trabalho em equipe Agenda da equipe Tecnologias para o cuidado em saúde		Educação em Saúde Educação Popular em Saúde Educação Permanente

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.



P R I M E I R A E T A P A

INTERAÇÃO PEDAGÓGICA

1ª etapa - Interação Pedagógica

Dia 1

Olá trabalhador(a), bem-vindo(a) à 1ª etapa do Acolhimento Pedagógico (AP). O convite é para que aproveite esse momento e contribua com o desenvolvimento das atividades que foram elaboradas pensando em você. Certamente, ao final, colheremos bons frutos. Neste primeiro dia, você conhecerá o grupo, realizará o pacto de convivência e iniciará as atividades. A seguir, apresentamos os objetivos e a proposta de cronograma para esse primeiro dia.

- ✓ Conhecer os Trabalhadores(as) e o(a) Facilitador(a);
- ✓ Elaborar coletivamente os pactos para o bom andamento das atividades;
- ✓ Apresentar o objetivo, a dinâmica e o desenho do AP;
- ✓ Apresentar o caso-guia, o objetivo e a dinâmica de funcionamento para o desenvolvimento das atividades;
- ✓ Construir o conceito coletivo de DSS;
- ✓ Compreender os modelos de atenção à saúde no Brasil;
- ✓ Compreender o conceito ampliado de saúde;
- ✓ Apresentar o Diário de Campo do Trabalhador.

Quadro 3 - Programação do Dia 1

1ª ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 1	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 09h15	Apresentação dos participantes
09h15 às 10h	Contrato de convivência
INTERVALO	
10h15 às 11h15	Apresentação do Acolhimento Pedagógico
11h15 às 12h	Apresentação do Caso Guia
ALMOÇO	
13h30 às 15h30	Conversando sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), os modelos de atenção à saúde no Brasil e o conceito ampliado de saúde
INTERVALO	
15h30 às 15h45	Continuação da atividade
16h45 às 17h15	Apresentação do Diário do trabalhador
17h15 às 17h30	Encerramento do Dia 1

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020.



Anote suas reflexões em seu Diário de Campo do Trabalhador.





Texto Base 1 | Dia 1 - Determinantes Sociais da Saúde

A partir de meados do século passado, o Brasil vive uma grande mudança social, política, econômica e demográfica, impactando nas condições de vida da população. Atualmente, há predomínio da vida urbana e a ampliação de serviços essenciais como acesso ao saneamento, água potável, saúde e educação, com vistas a acompanhar esse desenvolvimento (RIBEIRO, 2014).

Associadas a essa transformação, as discussões acerca da saúde avançam com a definição de “saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade”, a qual foi inserida na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 07 de abril de 1948 - desde então tido como o Dia Mundial da Saúde - e que expressa uma concepção mais ampla do termo. Porém, esse movimento contra hegemônico entra em disputa, na mesma época, com o modelo campanhista (trataremos em um capítulo específico sobre os Modelos de Atenção à Saúde), que surge a partir da década de 1950, após erradicação da varíola (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; SCLiar, 2007).

A realização da Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, no ano de 1978, pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, é um marco importante para a ampliação do conceito de saúde que vinha se difundindo. A declaração de Alma-Ata, fruto dessa conferência, reafirmou o significado da saúde “como um direito humano fundamental” e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004; SCLiar, 2007).

Essa reafirmação, juntamente com o lema inspirador da época pela OMS “Saúde para todos no ano 2000”, destaca novamente o tema dos determinantes sociais. Além disso, o tema é impulsionado também pelo movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), iniciado na década de 1970, com ápice na realização da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, que, por conseguinte, levou à criação do SUS.

Outros fatores que contribuíram foram o debate sobre as Metas do Milênio e a criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil. Essa comissão foi estabelecida em 13 de março de 2006, por um decreto presidencial, com mandato de dois anos, tendo como referência o conceito de saúde concebido pela OMS e o preceito constitucional de reconhecer a saúde conforme consta no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CNDSS, 2008; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

A comissão produziu um relatório final, publicado em 2008, com recomendações às políticas e programas em curso no país. Destaca-se a necessidade de um reforço na intersetorialidade e na ampliação de estudos que visem contribuir com a racionalização de investimentos e a integração de órgãos federais, incluindo o Ministério da Saúde, considerando que a atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) extrapola as competências e atribuições das instituições de saúde (CNDSS, 2008).

Neste contexto, há avanços na elaboração do modelo explicativo, ou conceitual, de saúde, que surge com o intuito de compreender os processos e fatores determinantes do adoecimento e da morte, em busca de alternativas para retardar ou evitar ao máximo essas condições. Cada um desses modelos agregou saberes científicos distintos e em diferentes momentos da história. Segundo Almeida Filho e Rouquayrol (2006), podem se destacar cinco principais modelos:

- ✓ Modelo biomédico: com abordagem à patogenia e à terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente causador. É considerado um modelo com foco individual, curativo, fragmentado, especialista, hospitalocêntrico e centrado no fazer médico;
- ✓ Modelo processual: baseia-se no modelo da História Natural da Doença, proposta por Leavell e Clark, em 1976, que compreende os estímulos patológicos do meio ambiente como desencadeantes de uma resposta do corpo, ocasionando a cura ou defeito ou invalidez ou morte;
- ✓ Modelo sistêmico: reconhece que fatores políticos, socioeconômicos, culturais, ambientais e agentes patogênicos estão inter-relacionados de forma que, modificar um desses níveis, afeta os demais;
- ✓ Modelo mágico-religioso: afirma que cabia aos deuses decidir pelo adoecimento e cura, marcado também pela noção de pecado-doença e redenção-cura;
- ✓ Modelo de determinação social da doença: gerado a partir das sucessivas mudanças na forma de pensar a saúde e a doença, tendo preocupação também com o bem-estar e com o conceito ampliado de saúde.



PARA SABER MAIS!

No kit facilitador há o texto de Moacyr Scliar (2007), na íntegra, para quem quiser conhecer mais sobre os modelos unicausais e multicausais do processo saúde e doença.

Frente a esta evolução dos processos explicativos para saúde e doença, diversos modelos buscam esquematizar os inúmeros fatores que compreendem o conceito ampliado de saúde, sendo o modelo de determinação do processo saúde-doença, desenvolvido com foco nos determinantes sociais da saúde, no ano de 1991, por Dahlgren e Whitehead; e o modelo de determinantes sociais proposto por Diderichsen e Hallqvist, em 1998, que posteriormente foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001, os dois mais difundidos (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de Dahlgren e Whitehead é frequentemente associado à orientação da OMS, que define os DSS como “o conjunto das condições sociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham”. Esquematicamente, distribui e organiza os determinantes em diversas camadas: na mais próxima, se encontram os determinantes individuais; e, na camada mais distal, estão localizados os macro-determinantes (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018). Como demonstrado na figura a seguir:



Figura 2 - Modelo de determinação do processo saúde-doença, por Dahlgren e Whitehead, 1991.

Fonte: BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007.

Podemos observar que este é um modelo que recai sobre o indivíduo, considerando seu estilo de vida e o livre arbítrio, incluindo as redes sociais e comunitárias as quais participam, suas condições de vida e de trabalho e também as condições socioeconômicas, culturais e ambientais na compreensão do processo saúde-doença (CNDSS, 2008; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Uma crítica ao modelo, feita por Borghi, Oliveira e Sevalho (2018), é que ele não considera a coletividade, somente o indivíduo. Além disso, não menciona raça e etnia nos fatores individuais e a nomeação da estrutura de classes sociais é ausente no esquema, sendo substituída por algo que não contempla a plenitude dessa influência das diferenças sociais no processo de saúde-doença.

Buss e Pellegrini Filho (2007) chamam atenção para o fenômeno da globalização que influencia fortemente os macrodeterminantes dos países, tendo analisado a influência da globalização sobre a pobreza e as condições de saúde, e sobre as condições de vida em geral.

Neste sentido, o modelo proposto por Diderichsen e Hallqvist que, conforme mencionado, passou por uma adaptação em 2001, enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, conferindo posições sociais diversas aos indivíduos, o que recai sobre os diferenciais de saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na figura representativa abaixo, é importante observar que, de acordo com a posição social ocupada pelo indivíduo, há diferenciais de saúde que geram “consequências sociais”, ou seja, aumentam os impactos da doença sobre a situação socioeconômica do indivíduo e da sua família.

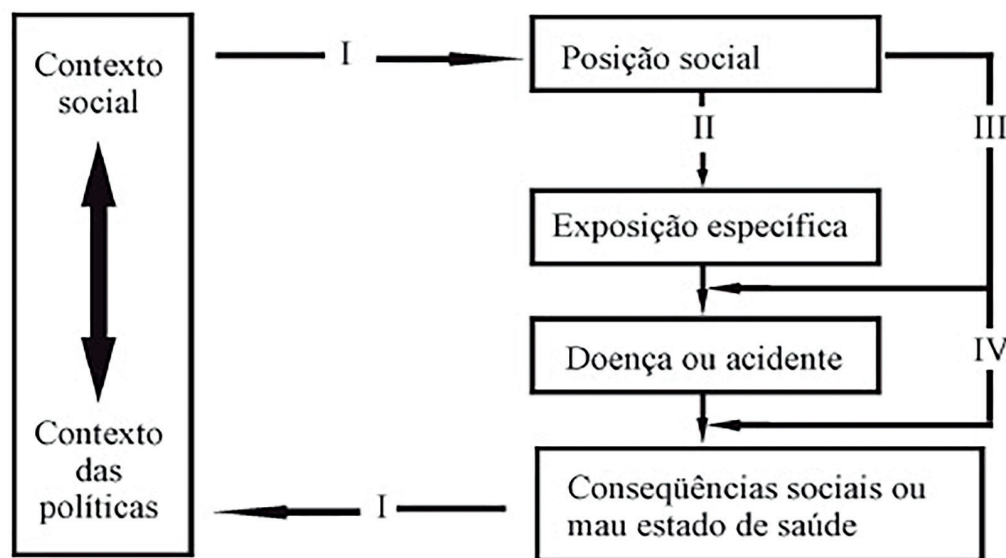


Figura 3 - Modelo de determinantes sociais, por Diderichsen e Hallqvist, 1998.

Fonte: BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007.

Observamos ainda que a posição social (I) é influenciada pelo contexto social e pelo contexto das políticas, como o acesso ao sistema educacional e o mercado de trabalho, o que determina os diferenciais, como a exposição a riscos, que aumentam os danos à saúde (II), o grau de vulnerabilidade da ocorrência de uma doença conforme a exposição ao risco de adquiri-la (III) e as diferentes consequências sociais ou físicas após o indivíduo ter contraído a doença (IV) (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Apesar de mais complexo, esse segundo modelo parte da percepção de que, quanto melhores as condições sociais oportunizadas pelo acesso a políticas, menor o risco de danos à saúde, assim como as consequências que influenciam o indivíduo e sua família, tratando-se de um modelo que passa a considerar a coletividade, em determinada medida (BORGHI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018).

O avanço conceitual dos modelos explicativos indica a ênfase nos DSS. Considerando a estratificação social como um fator importante para se combater as **iniquidades em saúde** ★, destaca-se a necessidade de políticas públicas específicas que busquem minimizar os diferenciais entre determinantes, conforme a posição social de cada indivíduo e de grupos (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

★ **Iniquidades em saúde:** são as "desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias" (WHITEHEAD, 2000).



PARA SABER MAIS!



Acesse e conheça mais sobre o Observatório de DSS. Este apresenta também indicadores do Brasil e macrorregiões das regiões metropolitanas e da região nordeste. Vale a pena conhecer! Disponível em: <http://dssbr.org/site/>



Texto Base 2 | Dia 1 - Estratégia Saúde da Família e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil

Adaptado de Rosana Aquino¹⁰

Neste texto discutiremos os princípios e diretrizes da saúde da família, enquanto uma estratégia que tem como propósito a reorientação dos modelos assistenciais vigentes, a partir da reorganização da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Modelos de atenção à saúde no Brasil

Modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde pode ser definido como sendo uma “maneira como são organizadas e combinadas, numa sociedade concreta, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença. Dito de outro modo, podemos definir modelo assistencial como a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade” (FIOCRUZ/UnB, 1998).

Segundo Paim (1999), modelos assistenciais podem ser entendidos como combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

O conteúdo e a forma de organização das práticas de saúde mostram diferenças e também semelhanças quando se busca caracterizar os modelos de atenção. Assim, enfoques teórico-conceituais diferentes influenciaram as abordagens sobre o tema e são descritos a seguir.

Um enfoque teórico-conceitual advém da vigilância à saúde, na perspectiva da forma de organização do processo de prestação de serviços de saúde em estabelecimentos de saúde no sentido de abordar a articulação entre as ações de promoção da saúde, prevenção e controle dos riscos, assistência e reabilitação (visando desenvolver atenção integral a problemas de saúde e seus determinantes) com as demandas e necessidades da população, em territórios específicos. Outro enfoque utiliza a programação em saúde como tecnologia para reorganização do processo de trabalho através das ações programáticas com uma nova ética no cuidado. O objeto de intervenção são as necessidades sociais de saúde definidas em função de critérios demográficos, socioeconômicos e culturais, com recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas. Essa proposta

10. Médica, Mestre em saúde Comunitária. Docente da Residência em Medicina Social, Formação Multiprofissional em Saúde da Família.

torna-se uma alternativa aos programas verticais, que não levam em conta as características da população e suas condições de vida. Um terceiro enfoque teórico-conceitual compreende a combinação de saberes e técnicas utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, considerando-se a relação entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) como fator inerente para a organização dos serviços. Um quarto enfoque, que influenciou a concepção de um modelo sistêmico, articula três dimensões: a *gerencial*, que aborda os mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; a *organizativa*, que se refere às relações entre as unidades de prestação de serviços e a hierarquização entre os diferentes níveis de complexidade; e a *técnico-assistencial*, que trata as relações entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

As investigações, experiências e elaboração de alternativas de organização dos serviços no âmbito do SUS produziram novas propostas de organização e Teixeira (2006) apresenta algumas delas:

- ✓ **Distritos Sanitários:** adota uma perspectiva sistêmica de organização dos serviços, destacando a base territorial como critério para definição e cobertura populacional e do perfil da oferta de serviços, considerando a articulação entre os diferentes níveis da assistência, o perfil da demanda e a identificação das necessidades de saúde da população. Inspirado na proposta de unidades sanitárias locais, do sistema Italiano, e nos SILOS, sua implantação é anterior à criação do SUS.
- ✓ **Oferta Organizada/Ações Programáticas em Saúde:** visam à reorganização do processo de trabalho e do processo de produção de serviços de uma unidade de saúde. A oferta organizada busca racionalidade da oferta e integralidade da atenção; e as ações programáticas estão voltadas para o atendimento das necessidades específicas da população daquele território, incorporando uma perspectiva epidemiológica e social.
- ✓ **Acolhimento/ Clínica ampliada:** o acolhimento é um dos pilares do “modelo em defesa da vida”. Surge nos anos 1990 e constitui uma possibilidade de humanização e melhoria da qualidade da atenção, e também de organização da demanda espontânea, contribuindo para a racionalização dos recursos e a melhoria das relações entre profissionais de saúde e usuários. A clínica ampliada, por sua vez, surge numa perspectiva de reorganização da clínica, buscando a participação e autonomia dos usuários no projeto terapêutico e a superação da fragmentação dos recortes diagnósticos e burocráticos. Possui como pilares o projeto terapêutico, o apoio matricial e as equipes de referência.
- ✓ **Estratégia Saúde da Família (ESF):** constitui a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, na PNAB (BRASIL, 2017). Articula práticas de diversos movimentos ideológicos, representa um instrumento de expansão da cobertura assistencial da AB e constitui um espaço de reorganização do processo de trabalho as equipes. Trata-se de um modelo com um comportamento dinâmico, desde a sua implantação, incorporando novos serviços e ampliando o escopo de suas ações.

É importante salientar que nenhuma das propostas de mudança no modelo de atenção não dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde (TEIXEIRA, 2006).

Para que possamos discutir como a estratégia de saúde da família pode contribuir para a reformulação dos modelos de atenção no Brasil, iniciaremos refletindo acerca contribuições de Teixeira; Paim; VilasBôas (1998) e de Paim (1999). Para estes autores, no Brasil, existem dois modelos assistenciais convivendo de forma contraditória ou complementar: o modelo assistencial médico-privatista – ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; e o modelo assistencial sanitarista - campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 1999).

O modelo assistencial médico-privatista apresenta as seguintes características:

- ✓ está centrado na figura do médico especialista, privilegiando a utilização de tecnologias para o diagnóstico e tratamento das doenças;
- ✓ é predominantemente curativo, privilegiando a doença, em sua expressão individualizada, como objeto de sua intervenção
- ✓ está voltado para o atendimento da demanda espontânea, isto é, para atender os indivíduos que procuram os serviços de saúde;
- ✓ a forma de organização da produção de ações de saúde é a rede de prestação de serviços, sendo privilegiado o hospital (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 1999).

O modelo assistencial sanitarista apresenta as seguintes características:

- ✓ privilegia o controle de certos agravos ou de determinados grupos de risco de adoecer e morrer;
- ✓ tem como sujeito o sanitarista, cujo trabalho tem por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das doenças, numa perspectiva epidemiológica;
- ✓ a intervenção de saúde está organizada sob a forma de campanhas e de programas especiais. As campanhas são temporárias, requerem uma grande mobilização recursos e administração centralizada, são realizadas para enfrentar problemas que a rede não conseguiu resolver através de suas atividades usuais, tendo como principal problema a desestruturação da rotina dos serviços nos períodos que antecedem e sucedem a sua realização. Os programas especiais de saúde pública tem administração única e vertical, organizando suas ações de forma fragmentada, sem articulação com as outras atividades dos serviços, levando a conflitos na ponta do sistema (TEIXEIRA & cols., 1998 e PAIM, 1999).

A partir da década de 80, em alguns municípios do país, vêm sendo construídos modelos assistenciais alternativos” ao modelo hegemônico, voltados para a qualidade de vida, buscando articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na dimensão individual e coletiva. Estas propostas têm como objetivo concretizar os princípios e diretrizes para a saúde estabelecidos pela Constituição, como universalidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação popular (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 1999).

Nesta perspectiva de construção de mudança de cenário, a proposta do modelo assistencial da vigilância da saúde é colocada como eixo de um processo de reorientação dos modelos assistenciais do SUS.

O modelo assistencial da vigilância da saúde apresenta as seguintes características (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 1999):

- ✓ intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes);
- ✓ ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco;
- ✓ articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas;
- ✓ atuação intersetorial;
- ✓ ações sobre o território;
- ✓ intervenção sob a forma de operações.

O papel da estratégia de Saúde da Família na reorganização da Atenção Básica

Para reorientar a lógica assistencial do SUS na perspectiva da construção do modelo da vigilância da saúde, uma etapa fundamental é a reorganização da atenção básica. Entende-se que investimentos neste nível de atenção têm impacto positivo, não só sobre a saúde da população, mas na reorientação dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

Neste sentido, há que se trabalhar com a ideia de atenção básica como atenção resolutiva a situações e problemas sanitários extremamente complexos, e não com a proposta de atenção primária centrada na assistência de baixo custo, simplificada e com poucos equipamentos (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

No nível da atenção básica, embora muitas vezes tratemos com doenças simples, do ponto de vista clínico, a maioria dos problemas de saúde possui diversos fatores determinantes (sociais, econômicos, culturais, biológicos, etc.). Por exemplo, embora diarreia na infância seja um problema simples do ponto de vista do diagnóstico e tratamento médico, muitas crianças padecem e morrem por essa doença porque no cotidiano de suas vidas imperam a fome, a falta de saneamento básico e outras condições de vida que levam ao adoecimento.

Para enfrentar estes problemas é preciso ampliar as práticas de saúde; ou seja, além da consulta médica e dos procedimentos de diagnóstico e tratamento, é necessário o desenvolvimento de ações e práticas de outros profissionais da equipe de saúde, profissionais de outros setores (educação, ação social e saneamento) e da comunidade.

Na verdade, queremos dizer que atuar sobre os processos de saúde-doença da população implica no desenvolvimento de três grandes tipos de ação: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa e reabilitadora, pensando uma atenção básica resolutiva como parte de um sistema que possibilite o acesso dos usuários aos serviços de nível de complexidade necessário para resolução de seus problemas de saúde (MENDES, 1996).

Estamos tratando da atenção básica que, ao mesmo tempo, deve servir de porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado, mas também constituir, no sistema, um nível próprio de atendimento, resolvendo um elenco de necessidades que englobam demandas sanitárias de várias ordens, como a intervenção curativa individual; as medidas tradicionais de saúde pública, como o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação, prevenção, a profilaxia de doenças (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996); até a atenção a problemas sanitários, de forte caráter social, como a violência, os transtornos mentais, o uso de drogas na adolescência, etc.

Segundo o Manual de Atenção Básica (Brasil, 1999):

“Atenção Básica é um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

A organização da atenção básica, com base na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), tem como fundamento os princípios do SUS:

- ✓ **“Saúde como direito** - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva;
- ✓ **Integralidade da assistência** - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido em cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;
- ✓ **Universalidade** – significa acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- ✓ **Equidade** – compreende a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e de saúde de determinados indivíduos e grupos da população;
- ✓ **Resolutividade** – entendida como a eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência resolutiva, contínua e de boa qualidade, oferecida à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta;
- ✓ **Intersetorialidade**- desenvolvimento de ações integradas entre os órgãos e serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.
- ✓ **Humanização do atendimento** – refere-se à responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e ao estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.
- ✓ **Participação** – representa a democratização do conhecimento sobre o processo saúde/doença e sobre os serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema” (BRASIL, 1999).

No nível local e municipal, a estratégia de saúde da família tem demonstrado seu potencial para reorientação da atenção básica. Este potencial relaciona-se com as características desta proposta que apontam para a ruptura com os modelos assistenciais hegemônicos e para o fortalecimento dos princípios do SUS na construção de modelos de atenção mais resolutivos e humanizados.

O objetivo da Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizar a prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das

doenças e realizado principalmente no hospital. Na ESF, a atenção deve estar centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2000).

A equipe de saúde da família assume a responsabilidade pelo acompanhamento permanente e sistemático de um número determinado de famílias que residem em um território delimitado. A adscrição de clientela possibilita o estabelecimento de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre equipe de saúde e comunidade, permite a caracterização do território e o conhecimento das condições de vida, aumentando a capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população.

A equipe de saúde da família atua com base nas seguintes diretrizes:

1. **Eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;**
2. **Trabalho em equipe** – indica que o cuidado não ocorre apenas por um profissional de saúde, mas alguns de diferentes categorias, que atuam com foco na integralidade da assistência, humanização das práticas, estabelecimento de vínculos, respeito aos valores e crenças, democratização do saber e estímulo à participação social;
3. **Adscrição de clientela:** ocorre após o mapeamento das áreas de atuação das equipes e cadastramento das famílias; seu significado é de que a população seja capaz de reconhecer seu serviço enquanto o serviço possa identificar sua população (FIOCRUZ/UnB, 1998).
4. **Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização:** a unidade de saúde família é destinada à realização de atenção contínua nas especialidades básicas. Deve fazer parte do sistema local como porta de entrada, substituindo as práticas de saúde convencionais por uma nova prática, centrada nos princípios da vigilância da saúde, voltada para o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação. A unidade de saúde da família não deve estar isolada e sim representar um dos componentes de uma política de complementariedade do sistema local de saúde. Um sistema eficaz deve ser hierarquizado, garantindo a referência e a contra-referência para os demais níveis, conforme a necessidade de maior complexidade de ações para resolução dos problemas identificados.

A atuação da equipe de saúde da família tem como principais linhas:

- ✓ Cadastramento de todas as famílias residentes em sua área de abrangência, realizado com a participação da comunidade;
- ✓ Diagnóstico das condições sócio-econômicas e de saúde da população sob sua responsabilidade;
- ✓ Identificação das pessoas e famílias que necessitam de atenção especial, por estarem sujeitas a situações de maior risco de adoecer ou morrer;
- ✓ Priorização das ações a serem desenvolvidas para enfrentamento dos problemas identificados. Por exemplo, ações voltadas para a saúde da criança, da gestante, da mulher, do idoso, para tratamento e recuperação de portadores de doenças endêmicas, infecciosas ou degenerativas, como malária, tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes e outras;

- ✓ Ênfase na promoção à saúde, facilitada pelo vínculo estabelecido entre a equipe e as famílias, que cria um espaço privilegiado para a incorporação de hábitos saudáveis;
- ✓ Atuação intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e, consequentemente, de saúde dos indivíduos” (BRASIL, 2000).

No quadro seguinte, apresenta-se um esquema que sintetiza as características da estratégia de saúde da família, enquanto uma possibilidade de superação do modelo assistencial.

Quadro 4 - Modelo assistencial médico-privatista e estratégia de saúde da família.

MODELO ASSISTENCIAL MÉDICO-PRIVATISTA	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Doença	Saúde
Medicina curativa	Promoção da saúde
Saber e poder médico	Saber e poder da equipe e da comunidade
Não humanizado	Humanizado
Indivíduo como objeto da ação	Indivíduo como sujeito integrado à família e comunidade
Desvinculação entre profissionais de saúde e comunidade	Estabelecimento de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade
Comunidade afastada do processo de decisão dos serviços de saúde	Co-responsabilidade
Hospitalocêntrico	Sistema hierarquizado, tendo a atenção básica como eixo estruturante
Demanda espontânea e ocasional	Oferta organizada
Baixa capacidade de resolver problemas	Otimização da capacidade de resolução de problemas
Limitado à ação setorial	Ação intersetorial

Fonte: AQUINO, 2001.

Na perspectiva sistêmica de modelos de atenção, para que se estabeleça a mudança efetiva no modelo biomédico-hospitalocêntrico, propósito das políticas públicas no Brasil desde a criação do SUS, é preciso que se articulem iniciativas mobilizadoras nas três dimensões: gerencial, organizativa e assistencial (TEIXEIRA, 2006). Neste contexto, para Fertontaniet *al.* (2015), a ESF representa um novo paradigma para a AB no SUS, nas dimensões político-jurídico e político-institucional, sendo que o seu grande desafio se concentra no campo das práticas, ou seja, na dimensão político-operacional. Para os autores, persistem os desafios para superar as carências na formação das equipes e nas condições e relações de trabalho; e, também, o caráter biologicista no tratamento das doenças para alcançar a integralidade.



PARA SABER MAIS!



Assista ao vídeo de Carmem Teixeira, sobre modelos de atenção à saúde. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=x6d1JI-0Akk>

1ª etapa - Interação Pedagógica

Dia 2

Trabalhador(a), hoje iniciamos o segundo dia de Interação Pedagógica. Neste dia serão abordadas a evolução histórica da saúde pública no Brasil, a inserção do controle social nesse contexto e a importância da integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde. A seguir, apresentamos os objetivos e a proposta de cronograma para esse dia.

- ✓ Compreender o desenvolvimento histórico da Saúde Pública no Brasil e na Bahia.
- ✓ Reconhecer os marcos da Participação e Controle Social.
- ✓ Discutir coletivamente o estudo de caso para compreensão da integração da AB e VS.

Quadro 5 - Programação do Dia 2.

1º ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 2	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 10h30	Conversando sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil, Participação e Controle Social
INTERVALO	
10h45 às 12h	Continuação da atividade
ALMOÇO	
13h30 às 15h30	Compreendendo a integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde (VS)
INTERVALO	
15h45 às 17h30	Continuação da atividade

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020.

Que tal iniciar com uma música que nos faz refletir sobre a grandiosidade do nosso país?

A VIDA DO VIAJANTE

Luiz Gonzaga.

Minha vida é andar por este país
Pra ver se um dia descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras onde passei
Andando pelos sertões e dos amigos
que lá deixei.

Chuva e sol, poeira e carvão
Longe de casa sigo o roteiro
Mais uma estação
E a alegria no coração!

Minha vida é andar por este país
Pra ver se um dia descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras onde passei
Andando pelos sertões e dos amigos
que lá deixei.

Mar e terra, inverno e verão
Mostro o sorriso, mostro alegria
Mas eu mesmo não
E a saudade no coração.

Essa canção nos inspira a pensar nos caminhos da vida e, nesse contexto, nos caminhos para a construção do SUS.



Vídeo “A história da saúde pública do Brasil”, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7ouS-g6oNMe8>



O quadro abaixo deve ser preenchido dentro da atividade sobre a importância da integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que ocorrerá durante a apresentação do facilitador a respeito das soluções para o Caso Guia - parte 2.

Quadro 6 - Sistematização do estudo de caso da gestante com sífilis.

SITUAÇÃO PROBLEMA IDENTIFICADA	CONDUTA PROFISSIONAL (ORIENTAÇÕES / RECOMENDAÇÕES)

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2020.



Anote suas reflexões em seu Diário de Campo do Facilitador. 

Integrando AB e VS - Contribuições para a solução do Caso Guia

Apresentamos primeiramente a sistematização do estudo de caso do Pré-Natal de Isis Laura. Em seguida, destacamos alguns pontos que contribuem para a solução, para complementar a discussão do grupo e orientar os trabalhadores. No percurso, podem surgir outros elementos a partir do próprio grupo e então novas informações podem ser pesquisadas, tanto nos Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que foram usados como material de base para essa construção, quanto em outros materiais. Estas contribuições estão disponíveis apenas para o facilitador(a), neste Manual.

Cada PCDT (Infecção Sexualmente Transmissível; Profilaxia pré-exposição ao HIV; Transmissão Vertical) pode ser baixado gratuitamente via aplicativo iOS e Android.

**PARA SABER MAIS!**

Conheça o manual prático para implementação da Rede Cegonha. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/MANUAL_PRATICO_MS_IMPLEMENTACAI_REDE_CEGONHA.pdf



Conheça o Guia Prático de Bolso (2019) do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), produzido pela SESAB/Bahia. Bastante prático. <http://online.fliphtml5.com/yzuna/optm/#p=1>

VOCÊ CONHECE O CURSO DE TR DO TELELAB?

É um curso gratuito, auto-instrucional e rápido de fazer. Acesse, realize o curso e receba seu certificado *on-line*.

Há diversos outros cursos disponíveis. Explore!



<https://www.telelab.aids.gov.br/index.php/cursos>



Texto Base 1 | Dia 2 - Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Arrisco começar esse texto utilizando mais uma vez o trecho da música: "minha vida é andar por esse país, pra ver se um dia descanso feliz, guardando as recordações, das terras onde passei, andando pelos sertões e os amigos que lá deixei..."(Luiz Gonzaga). Representando, uma singela homenagem à construção da saúde pública no Brasil, que passou por caminhos sinuosos e chega aos dias de hoje com uma proposta estruturada, ainda que necessitando constantemente de ajustes. É um orgulho dizer: o SUS é uma conquista do povo brasileiro!

Outro ponto a ser considerado antes de iniciarmos, é compreendermos do que se trata uma política de saúde. Segundo Amélia Cohn (2009), nos estudos de natureza política deve se considerar a dimensão do poder e a dimensão da racionalidade no processo de formulação e implementação de uma política de saúde, em que ocorrem constantes disputas até que a decisão seja tomada, por parte do Estado (representado pelo grupo que detém o poder em determinada conjuntura histórica).

Frente a isso, os grupos sociais distintos entram na arena de disputa, defendendo sua prioridade, até que se traduza essa necessidade na política de um determinado governo, o que pode não agradar a todos, mas que se leva em conta na democracia. Neste processo, se consideram estudos de caráter científico e epidemiológico, entre outros, que contribuam para a melhor escolha entre as alternativas disponíveis (COHN, 2009).

Certamente os "fatos" nem sempre acontecem com tamanha sensatez, mas efetivamente, para uma política de saúde passar a existir, um longo caminho é percorrido. E é isso que queremos apresentar a você através de uma Linha do Tempo, que apresenta marcos importantes para a construção do SUS a partir de 1930, dando ênfase também a alguns acontecimentos, no mesmo período, no estado da Bahia.

Você deve estar se perguntando: Por que a partir da década de 1930? Vejamos a seguir.

Durante a República Velha (1889-1930) o país foi governado pelos estados mais ricos, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Oswaldo Cruz, à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, reforçou o papel de instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Neste período, foram implementados os serviços e programas de saúde pública nacional e, em paralelo, adotou-se o modelo das "campanhas sanitárias", com vistas a enfrentar epidemias urbanas e, posteriormente, as epidemias rurais" (LUZ, 1991; BERTOLLI FILHO, 1996).

Do tempo do Brasil colônia de Portugal até a década de 1930, pouco se fez por uma saúde pública. As ações não eram organizadas e as diferenças de classes sociais no tratamento de doenças eram evidentes. Buscava-se atenção de curandeiros, benzedeiras, parteiras etc., e muitas pessoas desvalidas dependiam da caridade das Santas Casas de Misericórdia, entre elas, a de Santos (1543), Salvador (1549), Rio de Janeiro (1567), Vitória (1818), São Paulo (1599), João Pessoa (1602), Belém (1619), São Luís (1657), Campos (1792) e Porto alegre (1803). Ainda assim, o Brasil mantinha cultivada a imagem de um país doente. Com a chegada da República e o fim da escravidão, mais imigrantes vieram ao país, porém a fama de país insalubre continuava a afugentar muitas pessoas (FIOCRUZ, 2015; CMB, 19--?).

Entre as décadas de 1900 a 1920, foram realizadas reformas urbanas e sanitárias, nas áreas portuárias, pois era preciso garantir um país com controle nas fronteiras para que os navios pudessem atracar e movimentar o comércio. No período de 1903 a 1909, Oswaldo Cruz atua como Diretor Geral de Saúde Pública com a missão de sanear a capital do país, na época o Rio de Janeiro, de três grandes males: febre amarela; peste bubônica; varíola. No ano de 1904, torna obrigatória a vacinação contra a varíola, provocando na população uma grande revolta que ficou conhecida como a “Revolta da Vacina”, que revogou sua obrigatoriedade. Neste mesmo ano, em 8 de março, por meio do Decreto nº 5.156, o governo regulamenta os serviços sanitários da União (PROJETO MEMÓRIA, 2003).

No ano de 1907, a Febre Amarela é erradicada no Rio de Janeiro e Oswaldo Cruz é condecorado. Em seguida, outros estados começam o trabalho para a erradicação desse agravo, a exemplo do Pará que desenvolve a campanha de erradicação entre os anos de 1910 e 1911. Este modelo campanhista, embora bastante criticado, trouxe algum alívio para o comércio que mostrou melhoras após a erradicação de algumas doenças da época (PROJETO MEMÓRIA, 2003).



O modelo campanhista ainda é presente em algumas ações na atualidade, conforme vimos no texto sobre modelos de atenção, no dia 1.

Quando os trabalhadores passaram a exigir melhores condições de saúde das empresas em que trabalhavam, publica-se a Lei Eloy Chaves em 1923 (base da previdência social), e criam-se as Caixas de Aposentadoria e Pensão, com a intenção de garantir proteção aos contribuintes em caso de doenças e na velhice. Após alguns anos, em 1930, esse modelo foi expandido e deu origem aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que tinham a intenção de atender mais categorias profissionais, organizadas por segmentos dos assalariados, conforme o setor econômico onde estavam inseridos. Esse, então, era o modelo que se desenvolvia na época, com prioridades de saúde definidas pelo nível central do governo, prestação de serviço privado, modelo não representante de sujeitos sociais, mas como direito vinculado ao mercado de trabalho de quem contribuiu compulsoriamente para a previdência social (COHN, 2009).



PARA SABER MAIS!



Revolta da Vacina. Disponível em: <https://youtu.be/amwFWGMJhUw> (23':08"). (FIOCRUZ, 1994)

A Lei nº 8.142/90 é complementar a Lei nº 8.080/90 e normatiza como deve ser acontecer as transferências de recursos financeiros entre os órgãos intergovernamentais e principalmente como deve acontecer a participação popular e controle social no SUS.



Veja o breve vídeo no you tube (7'6"), sobre a importância da Lei nº 8.142/90. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=sC8wzo_EHhU

LINHA DO TEMPO

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL



Foto oficial do primeiro mandato de Getúlio Vargas.

Figura 1 – foto de Getúlio Vargas no primeiro mandato

1930 - A partir desse ano, inicia no Brasil o **segundo período republicano**, onde o país foi governado, provisoriamente, por **Getúlio Vargas**, conhecido como o “pai dos pobres”.

1930 - No dia **14 de novembro**, com o Decreto - 19.402, o Governo criou o “**Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública**”.



Figura 2 – carteiras de trabalho - 1932

1932 - É criada a **Carteira de Trabalho**, porém a assistência médica previdenciária estava restrita aos segmentos assalariados urbanos da população. Ao Estado era atribuído o “saneamento do ambiente”, como a vacinação e o isolamento de doentes. Os pobres doentes dependiam da caridade dos hospitais filantrópicos e das **Santas Casas de Misericórdia**.

1939 - Criação do **Serviço de Malária do Nordeste (SMN)** para intensificar o combate ao *Anopheles gambiae*. Esse serviço esteve vigente até 1941, quando foi erradicado o mosquito (Decreto nº 1.042, de 11/1/1939).

1930

1950



Figura 4 – os últimos dias da varíola.

1951 - A Assembleia Mundial da Saúde decide **promover o controle da varíola** em todo o mundo, considerada **erradicada** do mundo pela OMS em 1980. No Brasil, a campanha foi tão eficiente que na década de 70, já estava erradicada no país.

Apesar da proposta de acontecerem anualmente ou, no máximo, a cada dois anos, a **2ª CNS** aconteceu somente no ano de 1950 e tratou dos temas: **Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde de trabalhadores e gestantes**.

1956 - criou-se o **Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERW)**, que incorporou programas sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, como a febre amarela, a malária e a peste.

O estabelecimento de normas gerais sobre a Defesa e proteção da saúde é publicado em 1954, trazendo em seu **artigo 1º “é dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo”** (Lei nº 2.312, de 03/09/54).

1953 - Após essas duas Conferências e a partir da necessidade de organizar o setor saúde, no ano de 1953 o **Ministério da Saúde foi criado**, ou melhor, foi desmembrado do Ministério da Educação (Lei nº 1.920/53).

Esse foi um grande passo em busca de **dar visibilidade a questões de saúde que colocavam em risco a vida das pessoas e atrapalhavam o comércio de produtos brasileiros** (como por exemplo a adição do iodo ao sal de cozinha).

Como visto até aqui, o sistema de saúde brasileiro que temos hoje ainda possui raízes no início do século passado, fruto de uma política do Estado. Porém, não uma política nacional, mas sim uma ação exercida por um poder central que instituiu normas e regulação social na relação capital-trabalho (COHN, 2019).

Assim, a partir de 1930, grandes mudanças políticas, administrativas e econômicas ocorreram no nosso país.

1941 - Ano em que aconteceu a **1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS)**, discutindo os temas: defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade e infância e adolescência.

Nesse período aconteceu a nova **Reforma da Saúde Pública Federal**, com reorganização do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública (Decreto Lei nº 3.171 de 02/04/1941).

1942 - Houve autorização para se organizar o **Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)** em parceria com o *Institute of Interamerican Affairs*, que funcionou até o ano de 1948.

1948 — Criado o **primeiro Conselho de Saúde**, considerado o marco inicial da **Saúde Pública Moderna**. A saúde do povo passa a ser integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo, cunhada com a máxima: “quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país”.



Figura 3 – Marca SESP

1940

1960

1960 - O SESP torna-se a **Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP)**, vinculada ao Ministério da Saúde (Lei nº 3.750, de 11/4/1960).

Em **1963** aconteceu a **3ª CNS**, com a proposta de **descentralização da saúde**.

No ano de **1961**, são realizadas as primeiras campanhas com a vacina oral contra a **poliomielite**: projetos experimentais em Petrópolis/RJ e Santo André/SP, sendo também **regulamentado o Código Nacional da Saúde**, criado a partir da Lei nº 2.312/54 (Decreto nº 49.974-A/1961).

Art. 1º do Código Nacional da Saúde, que esteve vigente até o ano de 1991:

“O Código Nacional de Saúde regulamenta normas gerais de defesa e proteção da saúde a serem observadas em todo o território nacional por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado, inclusive Estados, Territórios, Distrito Federal e Municípios, instituições civis ou militares, entidades autárquicas, para-estatais e privadas, de qualquer natureza”.

1969 - A FSESP passa por nova mudança, passando a denominar-se **Fundação de Serviços de Saúde Pública FSESP** (Decreto Lei nº 904, de 1/10/1969), mantendo a mesma sigla.

A FSESP cria o **Boletim Epidemiológico** e começa organizar o sistema de notificação de algumas doenças transmissíveis.

Nos anos de **1965 e 1966**, foram instituídas duas campanhas bastante importantes para a situação vivida no Brasil nessa época: **Respectivamente a Criação da Campanha de Erradicação da Malária e a Criação da Campanha de Erradicação da Varíola**.

Ainda no ano de **1966**, na Bahia houve a criação da **SESAB, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**, através da Lei nº 2.321, com a finalidade de formulação da política estadual de saúde e gestão da saúde em âmbito estadual.



Figura 6 – SUCAM

Em **1970**, o Ministério da Saúde passa por reforma administrativa, sendo criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), subordinada à Secretaria de Saúde Pública e incorporando o DENERu.

1976 - houve a regulamentação da Lei nº 6.259, sobre a **organização das Ações de Vigilância Epidemiológica**, e o **Programa Nacional de Imunizações** e se estabeleceu normas relativas à notificação compulsória de doenças (Decreto nº 78.231, de 12/8/1976).

Foi o ano de implantação do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)** e realizada a campanha de Vacinação Contra a Meningite Menigocócica pela SUCAM e FSESP.

Um marco importante para as atividades de vacinação no país, foi a instituição, em **1971**, do **Plano Nacional de controle da Poliomielite**.

O Brasil demorou anos para controlar essa doença que acometeu muitas crianças.

Nesse mesmo ano foi criada a **Central de Medicamentos (CEME)** e dado início a organização do sistema de produção e distribuição de medicamentos essenciais.

No ano de **1975** foi iniciada a implantação do sistema de registro de doses de vacinas aplicadas em todo país.

Realização da **5ª CNS**, com as temáticas para implantação do Sistema Nacional de Saúde, do Programa de Saúde Materno-Infantil, do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, do Programa de Controle das Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.

1970

1980



Figura 8 – Cartaz da Campanha da Poliomielite

Em **1980**, ocorre a 7ª CNS, que trouxe a temática da extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PrevSaúde.

O **Plano de Ação Contra a Poliomielite** é lançado, estabelecendo os dias nacionais de vacinação.



Figura 9 – Zé Gotinha

No ano de **1981** é a vez do **Plano de Ação Contra o Sarampo**, por intermédio de intensificação de campanhas estaduais de vacinação.

Em **1983** passa a ser recomendação a estratégia de dias nacionais de vacinação (Opas e da Unicef).

Na década de **1980**, continuam as discussões sobre a importância de um sistema de saúde para todos e sobre a necessidade de se **considerar a saúde em seu conceito ampliado**.

A saúde passou a ser defendida enquanto direito de cada cidadão e dever do estado brasileiro. A partir deste período, não poderia mais haver distinção de qualquer natureza para ter acesso aos serviços de saúde, como a obrigatoriedade de contribuir com a Previdência Social através de “carteira assinada”.

O setor saúde vive uma crise política que impulsiona o MRSB.

Nessa década, há o enfraquecimento do regime ditatorial vivido no país desde 1964. A queda do regime ocorreu em **15 de março de 1985**. Houve a eleição do Presidente Tancredo Neves, porém o mesmo faleceu antes da assunção ao cargo, tomando posse como presidente José Sarney. Esse período ficou conhecido como Nova República.

Marco histórico para a Atenção Básica, no ano de **1978**, quando aconteceu a Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas (UNICEF), resultou na elaboração da **Declaração de Alma-Ata**, que reafirma a saúde como direito humano fundamental.



Figura 7 – Declaração da Alma-Ata

Em 1977 acontece a **6ª CNS** com temáticas que trataram da situação do controle das grandes endemias, da interiorização dos serviços de saúde e da Política Nacional de Saúde.

Foi o ano em que foi aprovado o **primeiro do modelo da Caderneta de Vacinação** (Portaria GM/MS nº 85, de 4/4/1977) e da instituição do **Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública** (Portaria GM/MS nº 280, de 21/7/1977).

Neste mesmo ano foi criado o **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS** (Lei nº 6.439), tendo a atribuição da assistência médica dos segurados.

Importante lembrar que, na década de **1970**, dá-se início às discussões que culminaram no **Movimento pela Reforma**

Sanitária Brasileira (MRSB), com a bandeira de luta pela saúde enquanto direito universal de cidadania. O movimento avançaria até a década de **1980**, quando aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e foi marcado por ampla mobilização da sociedade brasileira, que exigia melhores condições de saúde. Nessa época a expectativa de vida do brasileiro ficava entre 57 e 62 anos (IBGE).

Em 1979, o Decreto nº 84.219 dispôs sobre a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento e com a aprovação do **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)** para o período 1980-1985.

O ano de **1986** é um marco importante na história da saúde pública brasileira pelo MRSB, a **8ª Conferência Nacional de Saúde**.

É nessa conferência que, pela primeira vez, a sociedade civil participa de forma contudente, reunindo em torno de 1000 delegados e com a participação de mais de 4000 pessoas, entre representantes da sociedade civil, gestores e trabalhadores da saúde.

Os temas discutidos foram: **Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial**.

Seu relatório final serviu de base para o texto constitucional, que seria publicado dois anos depois.

1989 - O Brasil registra o **último caso de Poliomielite**. Erradicando a doença no país.



Figura 10 – Ulisses Guimarães presidente da Constituinte

1988 - ano em que o SUS passa a ser garantia de direito do cidadão, estando escrito na Constituição Federal entre os Art. 196 a 200.

A Constituição Federal de 1988 é tida como a **Constituição Cidadã!**

"Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Em meados dos anos 80, mais precisamente em **1987**, com a mudança da correlação de forças a nível estadual ocorrida com as eleições, foram criados os **Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)** em todos os estados da Federação.

A **Bahia** foi o primeiro estado a assinar o convênio **SUDS** que, além das propostas gerais relativas ao financiamento, gestão e desenvolvimento da infra-estrutura da rede pública de serviços, incorporou como estratégia de reorganização dos serviços a criação dos **Distritos Sanitários (DS)**.

Foi também nessa época que o estado da Bahia instituiu a realização das **Conferências Estaduais de Saúde - CONFERES**. (PAIM, 1999).

No ano de 1990, o SUS passa a ser devidamente instituído através da **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90**, que definiu seus objetivos, competências e atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão; criou o subsistema de atenção à saúde indígena; regulou a prestação de serviços privados de assistência à saúde e definiu políticas de recursos humanos, financiamento, gestão financeira, planejamento e orçamento.

Foi instituída a Gestão participativa no SUS (Lei nº 8.142/90), que também orienta a forma de alocação dos recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde.



1992 - acontece a **9ª Conferência Nacional**, realizada com o tema central: **a municipalização é o caminho**; e alguns temas específicos, como: sociedade, governo e saúde; implantações do SUS; e controle social.

Neste mesmo ano ocorreu a implantação do Plano Nacional de Eliminação do sarampo.



Figura 11 – Logo da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Em 1991, surge o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**, iniciando a reestruturação da Atenção Básica no Brasil.

O PACS é um dos grandes programas que contribuiu para a redução da mortalidade infantil no nosso país, especialmente em regiões com menor acesso a serviços de saúde.

Neste ano, o **Programa Nacional de Imunizações (PNI)** recebe o **Prêmio Criança de Paz**, outorgado pela Unicef, sendo destaque na defesa e na promoção dos direitos da criança e do adolescente.

Ainda em 1991, através do Decreto nº 100, foi instituída a **Fundação Nacional da Saúde (FUNASA)**, agregando diversos segmentos, entre eles a SUCAM e a FSESP, sendo essa uma fundação pública vinculada ao Ministério da Saúde.

1993 - ano da extinção do INAMPS (Lei nº 8.689), com suas competências transferidas às três instâncias gestoras do SUS.



1994 - é dado início à estruturação da AB, com a implantação de equipes multidisciplinares atuando em comunidades. Articulado com PACS, surge o **Programa Saúde da Família**.

1990

2000

A **11ª CNS** acontece no ano 2000, e tratou da temática: Efetivando o SUS – acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.

É ainda o ano de criação da **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, uma instância reguladora do setor privado da saúde, atuante a partir das prerrogativas do SUS (Lei nº 9.961/00).



Figura 14 – Cartão SUS

Em 2001 foi aprovada a **Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 1/2001)** que ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica, entre outras questões, como a formalização do Cartão SUS (Portaria GM/MS nº 95).

É inaugurado o **Disque ANS: 0800 701 9656**, canal de atendimento para a sociedade.

É aprovada a **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, em 2002, com a proposta de ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população (Portaria nº 254 de 31 de janeiro).

Os anos 2000 foram de muitas mudanças e acontecimentos no Brasil e no mundo. Foi um período de muitas guerras e conflitos internacionais (Estados Unidos x Oriente Médio, terrorismo na Rússia) e também de mudanças políticas importantes (Venezuela, Bolívia e Brasil, além de estados Unidos e Rússia). Nesse período, concomitante com a maior expansão econômica, houve **redistribuição da renda, sobretudo na base da pirâmide social e investimento em políticas sociais** (Atlas da exclusão Social no Brasil). É uma fase de aceleração do crescimento do Brasil, com mudanças de governo significativas (Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio Lula da Silva).

Em 2003, houve a criação do **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, ocorrendo também a implantação da **Política Nacional de Urgência e Emergência**. Foi o ano da criação do Programa “de volta para casa”, que contribuiu com a reinserção social de pessoas que passaram anos vivendo em instituições psiquiátricas. Ocorreu a criação da **Política Nacional de Humanização do SUS – HumanizaSUS**, o lançamento da **Política Nacional de Saúde Bucal** e posteriormente o **Programa Brasil Sorridente** (2004). Essas políticas foram lançadas e a estrutura da saúde sendo reorganizada, juntamente com a municipalização. Foi criada a **Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS)**, com o objetivo principal de garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos. Ocorreu também a **12ª CNS: Saúde, direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos**. E na Bahia ocorreu a **VI Conferência Estadual de Saúde (CONFERES)**, reforçando a mesma temática da CNS.

1996 - é um marco importante para as pessoas convivendo com **HIV/Aids**, e quando se inicia a **distribuição gratuita** dos medicamentos para o tratamento.

Realização da **10ª CNS**, que tratou dos temas: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde; e, Atenção integral à saúde.



Figura 12 – Campanha que marca o dia nacional de doação de órgãos – 27 de setembro

1997 - ano da criação do **Disque Saúde**.

Nesse ano também foi instituído o **Sistema Nacional de Transplantes (Decreto nº 2.268/97)**, que organizou a doação de órgãos no país.



Figura 13 – Logo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

1998 - a **Norma Operacional Básica (NOB) nº 96**

entra em vigor, trazendo a responsabilização direta dos municípios pela execução da vacinação na rede de serviços e habilitando a **Gestão Plena de AB e Gestão Plena do Sistema Municipal**.

1999 - marca o lançamento da **Política Nacional dos Medicamentos Genéricos**, que levou à queda no preço dos medicamentos no Brasil e também a criação da **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)** - uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos.

Foi também o ano de criação dos **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei)**, estabelecendo as competências, estrutura e organização (Portaria FUNASA nº 852/99).

O ano de **2006** foi bastante importante: houve a publicação da primeira **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, por meio da portaria de nº 648 [Revogada]. Com esta portaria, o caráter de ordenadora da Rede e Coordenadora do cuidado para esse nível de atenção foi fortalecido.

No ano de **2004** houve a criação da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**, sendo também implantado o Programa **"Farmácia Popular do Brasil"**.

Criação da Ouvidoria SUS Bahia (Portaria nº 775/04).

2007 - acontece a **VII Conferência na Bahia**, ampliando as discussões dos municípios, levando propostas para a **13ª CNS**, cujo tema central foi: saúde e qualidade de vida, políticas de Estado e desenvolvimento. A Bahia implanta o **Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra** (Decreto nº 10.572), tendo como uma de suas atribuições: formular, sistematizar, apoiar, monitorar e avaliar a implementação da Política Estadual.

É instituído o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, que visa contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Esse programa tem caráter intersetorial, integrando escola e equipe de saúde no desenvolvimento de ações. (Decreto Presidencial nº 6.286).

Os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)** foram criados em **2008** pelo Ministério da Saúde, objetivando apoiar a consolidação da AB e ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços.

No ano de **2009**, é instituída a **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra** (Portaria nº 992), visando garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros. Reconhecendo o racismo como determinante social das condições de saúde.

No ano de **2010**, foi instituído o **Programa Telessaúde Brasil** com o objetivo de qualificar, ampliar a resolubilidade e fortalecer a AB e ESF. (Lei nº 11.897)

Nesse mesmo ano, na Bahia, foi criado o **conselho Estadual dos Direitos dos Povos Indígenas do Estado da Bahia – COPIBA**, passo importante no reconhecimento das singularidades dessa população.

Figura 14 – Rede cegonha

Foi também um ano de fortalecimento da AB, com republicação da PNAB, através da Portaria n 2.488 [Revogada], que reforça esse nível de atenção como ordenador da rede e coordenadora do cuidado.

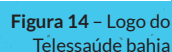
Na Bahia foi o ano de realização da VIII CONFERES, tendo como tema: "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro", que aprovou propostas para a 14ª CNS.

2010

COMPLETE SUA LINHA DO TEMPO

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Também foi instituída a **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra** (Decreto nº 14.720), reforçando a necessidade de reduzir as barreiras de acesso aos serviços de saúde.



A Bahia foi um dos primeiros estados a aderir ao **Programa Mais Médicos para o Brasil**, implantado neste ano.

Em 2015 acontece a IX CONFERES na Bahia e a 15ª CNS, com o tema: **Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro.**

Nesse ano, nacionalmente é publicada a **Portaria de consolidação nº 2**, que consolida normas nacionais do SUS, incluindo a PNAB.

Afinal, o SUS é meu! É seu! É nosso!

Foi publicada a Portaria MS 2.979, que instituiu o Programa Previne Brasil, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS.





Texto Base 2 | Dia 2 - Participação e controle social no Sistema Único de Saúde

O Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), tal como conhecemos hoje, foi o resultado da conquista por direitos do povo brasileiro, após a redemocratização do Brasil. Como vimos anteriormente, o conceito de saúde evoluiu ao longo da história, passando de uma perspectiva biologicista para uma perspectiva ampliada, considerando fatores sociais na determinação das condições de saúde das pessoas.

Redemocratização:

“A constituição promulgada em 1988 foi o grande marco da redemocratização no Brasil após a ditadura civil-militar de 1964 a 1985. O intuito principal do texto constitucional era garantir, em linhas gerais, direitos sociais, econômicos, políticos e culturais que estavam suspensos no período anterior, e que posteriormente seriam regulamentados por leis específicas.” (PINTO, 2020).

O termo **Democracia e Saúde** significa que não se pode melhorar as condições de saúde da população sem melhorar a sua qualidade de vida. Assim, em pleno processo de **redemocratização** do Brasil, o termo Democracia e Saúde ganhou destaque como tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, pois se discutia um novo paradigma do conceito ampliado de saúde que se materializou, apesar de todas as resistências políticas e econômicas, na criação do SUS.

No seu discurso de abertura da 8ª Conferência, Sérgio Arouca apresenta a sua interpretação sobre o conceito ampliado de saúde:

É um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...]. (AROUCA, 1986).

Neste contexto, o controle social no SUS foi instituído com a participação dos setores organizados da sociedade desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

Entretanto, nem sempre foi assim. O primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS) surgiu, no Brasil, há mais de 70 anos, em 1948, durante um regime autoritário, e, portanto, sua composição incluía membros do governo e técnicos na perspectiva do sanitarismo campanhista, dentro de uma estrutura rígida, militarizada, focada na “guerra às endemias” (BRASIL, 2013a). Até os anos 1980, não era permitida a representação de usuários e de profissionais de saúde.

No período da redemocratização do país, a participação da sociedade nas decisões sobre a saúde começou a ser cogitada, como forma de garantir certa mudança às políticas e às práticas até então existentes, e surge o movimento sanitarista (BRASIL, 2013a).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco fundamental do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), foi considerada a constituinte da saúde. Neste percurso da construção

do SUS, em meio à redemocratização do Brasil, os conselhos de saúde e as conferências de saúde foram instituídos como instâncias colegiadas do SUS, com a participação popular garantida pela Constituição, pelas Leis nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde - LOS (regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28/06/2011); e a Lei nº 8.142/90.

Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos, permanentes e colegiados, sendo que sua composição é paritária, ou seja, o número de conselheiros que representam os usuários dos serviços de saúde (50%) deve ser igual ao número de conselheiros que representam outros segmentos da sociedade (50%). Atualmente, no Brasil, temos o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde. Cabe ao município avaliar a criação dos conselhos locais e distritais de saúde (BRASIL, 2013a).

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) possibilitam a interação da comunidade com os serviços de saúde e com as demais organizações do bairro; por esta razão, são considerados como componentes estratégicos da gestão participativa (NOGUEIRA *et al*, 2008).

Destacam-se como atribuições dos conselhos locais a discussão do funcionamento dos serviços, a definição de propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários, a proposição de estratégias para superar os problemas detectados na UBS, bem como a articulação com a comunidade para a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários (SOLLA, 2005).

Considerando a importância dos CLS para a harmonização entre serviço de saúde e comunidade, é fundamental que as Equipes de Saúde da Família fomentem a formação dos mesmos em sua área de abrangência. Existem alguns passos considerados mínimos para formação de um CLS, são eles: identificação das lideranças e instituições/entidades de usuários da área, tais como associações de moradores, organizações não-governamentais, entidades religiosas e escolas; realização de reuniões e encontros com os líderes, entidades e comunidade em geral para discussão sobre a importância da implantação do CLS; constituição de comissão eleitoral para estruturar o processo de eleição dos membros representantes dos usuários para compor o Conselho; publicação de edital de convocação da eleição do Conselho Local de Saúde e acompanhamento de seu processo de publicação no Diário Oficial do Município; inscrição das entidades da comunidade candidatas a serem membros do Conselho; e realização da eleição dos representantes dos usuários para comporem o CLS. Após sua criação, o CLS deve ser registrado no Conselho Municipal de Saúde. (NOGUEIRA *et al*, 2008).

A conferência de saúde se reúne a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990).

A participação da população nos conselhos e conferências de saúde vem garantindo a inclusão de serviços conforme as necessidades específicas de alguns grupos. O Movimento Social Negro participou ativamente na 8ª Conferência, ao lado de outros movimentos, do processo de elaboração e aprovação das propostas.

Neste contexto, o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. No âmbito estadual e municipal, as primeiras formulações sobre a saúde da população negra ocorreram na década de 1980 por meio do Movimento Social Negro e pesquisadores (BAHIA, 2013a).

Nos anos 1990, o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra organizou uma mesa redonda sobre a saúde da população negra, que resultou na introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; na elaboração da reso-

lução CNS nº 196/96, que introduziu o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e na recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

A atuação do Movimento Social Negro brasileiro na 11ª e na 12ª Conferências Nacionais de Saúde, realizadas respectivamente em 2000 e 2003, fortaleceu e ampliou sua participação social nas instâncias do SUS, resultando no estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do País. No ano de 2006, o CNS aprovou por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, bem como a necessidade de implementar políticas que combatam as iniquidades. Somente no ano de 2009 é publicada a portaria que institui a PNSIPN, reconhecendo o impacto do racismo na saúde da população negra (GOMES *et al*, 2017).

Na Bahia, foi criado o Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra e diversas ações realizadas contribuíram para a instituição da Política Estadual de Saúde da População Negra (BAHIA, 2013a).

A participação do Movimento Negro no controle social do SUS é um dos exemplos da importância da organização da sociedade civil para a reivindicação de serviços de saúde cada vez mais voltados para as necessidades específicas da população, considerando os diferentes fatores que influenciam na qualidade de vida das pessoas.

Para além das conferências e conselhos de saúde, a participação da comunidade no SUS não se restringe ao controle social, pelo contrário, ela é mais ampla, e significa que cabe a população ir além do que só controlar as ações da gestão. É uma manifestação de democracia participativa, pois tem como pressuposto a participação direta dos cidadãos na tomada de decisões. A participação da comunidade é decidir coletivamente qual o caminho a ser trilhado para garantir o direito à saúde (COSEMS-RJ, 2016).

Além do controle social, representado pelos conselhos e conferências de saúde, são exemplos da participação da comunidade: a construção do plano municipal de saúde; o orçamento participativo; ouvidoria; ações de mobilização voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças de iniciativa ou com apoio popular (COSEMS-RJ, 2016).

A seguir, apresentamos alguns canais de comunicação e fontes de informação sobre a participação e controle social no SUS:

Quadro 7 - Participação e Controle Social no SUS.

SITES	COMO ACESSAR
Governo federal	https://www.gov.br/pt-br/participacao-social/
ANVISA	Recebe pedidos de informações pelo número 0800 462 9782 ou via formulário eletrônico disponível em: www.anvisa.gov.br > no menu "Acesso à Informação"
Ouvidoria do SUS	Central de Atendimento Ouvidoria recebe elogios, sugestões, reclamações, solicitações e denúncia. http://portal.anvisa.gov.br/faleouvidoria - prontuário eletrônico ou pelo fone 0800 462 9782
Disque Saúde 136	http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53405-ouvidoria-sus-ajuda-a-melhorar-os-servicos-de-saude
Ouvidoria SESAB Sistema de Informação ao Cidadão	Atendimento telefônico: 0800.284.0011 (De segunda à sexta das 07h30min às 18h) Atendimento Presencial: De segunda à sexta das 08h às 18h (Central de Atendimento da Ouvidoria – CEAO. 3º Avenida, nº 390, Térreo, Plataforma IV. Centro Administrativo da Bahia (prédio da Governadoria).

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2019.

**PARA SABER MAIS!**

Sobre como criar conselhos locais de saúde. Acesse: <https://aps.bvs.br/aps/quais-os-principais-passos-para-a-criacao-de-um-conselho-local-de-saude-o-conselho-necessita-de-algum-tipo-de-registro-deve-possuir-estatuto/>



Texto Base 3 | Dia 2 – Integração de ações da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde

Para falar de integração da Atenção Básica (AB) com a Vigilância em Saúde (VS), é relevante primeiramente conhecer um pouco sobre seus significados e como foram construídos.

A partir da chegada da família real portuguesa no Brasil, no início do século XVIII, com a necessidade de contenção de epidemias no país, e a partir da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) iniciada em 1966, a vigilância passaria dos seus marcos fundamentais à constituição da Vigilância em Saúde que conhecemos hoje. Sua construção foi ancorada no controle sanitário de viajantes, bens e serviços de interesse da saúde, bem como na vigilância epidemiológica e controle de doenças (DE SETA; PEPE, REIS, 2020).

Por muito tempo, as ações de vigilância foram realizadas apenas pelos estados e pelo governo federal. A vigilância sanitária e a epidemiológica passaram a ter ações desenvolvidas pelos municípios após a implementação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96), a partir de 1998, que reforçou o papel das instâncias intergestores e introduziu critérios relacionados às vigilâncias para transferências financeiras automáticas para estados e municípios. Além disso, outra circunstância que contribuiu para aprofundar a descentralização das ações foi o fortalecimento dos serviços federais das vigilâncias epidemiológica e sanitária (DE SETA, 2014).

No percurso da implementação da vigilância no Brasil muitos avanços podem ser sinalizados, como a ampliação nos objetos de estudo e intervenção, anteriormente o foco eram as pessoas, depois as doenças e agora os riscos à saúde; o fortalecimento da integração entre as diversas áreas da vigilância, aumentando sua capacidade de predição e intervenção; e, a busca da integralidade da atenção à saúde, iniciando pela integração da vigilância à atenção básica visando reduzir a demanda por média e alta complexidade (TEIXEIRA et al, 2018).

No Anexo II da Portaria de consolidação nº 4 (BRASIL, 2017c), Vigilância em Saúde é definida como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

A Resolução 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), afirma que esta política incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde. Diz ainda, que a Vigilância em Saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas das quatro vigilâncias: vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

Sobre a construção da AB, o movimento iniciado após a instituição do SUS levou à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991, e posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, culminando com a publicação da primeira portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no ano de 2006. Neste contexto, optou-se pelo uso do termo AB com incorporação de atributos da APS (porta de entrada preferencial e ponto de partida da estruturação dos sistemas locais de saúde), explicitando o PSF como estratégia priori-

tária para sua implantação (AQUINO *et al*, 2014; CONASS, 2011; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008; BRASIL, 2017).

Assim, ficou definido que a AB “caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2006). No ano de 2011, é acrescida a essa definição de abrangência, a redução de danos, sendo também reforçada a compreensão de que os termos AB e APS são considerados equivalentes, associando-se a ambos os mesmos princípios e diretrizes definidos pela PNAB (BRASIL, 2011).

A PNAB apresentada na Portaria 2436/2017 (BRASIL, 2017a) define:

A Atenção Básica é o conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A Portaria de Consolidação nº 2 (BRASIL, 2017b), em seu Anexo XXII, Capítulo I, traz:

Art 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

No Estado da Bahia, a Política Estadual da Atenção Básica (PEAB), caracteriza este nível de atenção:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BAHIA, 2013b).

A qualificação da AB é uma das frentes de ação do estado da Bahia, por meio das seguintes estratégias:

- Educação Permanente para AB;
- Qualificação da infraestrutura da AB;
- Qualificação do processo de trabalho e da organização dos serviços de AB;
- Promoção de ações que visam à transversalidade da saúde bucal em todas as RAS;
- Aprimoramento das ações da AB;

- Fortalecimento da integração das ações de AB com a VS;
- Fomento a atenção integral e equitativa;
- Estímulo e apoio aos processos de articulação setorial, envolvendo a AB;
- Fomento ao processo de incorporação das Práticas Integrativas e Complementares na AB.

Segundo De Seta; Pepe; Reis (2020), a finalidade “mais ampla” do processo de trabalho das vigilâncias é promover e proteger a saúde, atuando sobre determinantes e riscos à saúde. No âmbito local, a finalidade específica é reconhecer os problemas de saúde locais e atender às necessidades de saúde em seu território, sejam elas “sentidas” ou não pela comunidade.

Considerando que a VS se constitui como um processo contínuo e sistemático sobre eventos relacionados à saúde, com vistas a melhor planejar as ações de prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como a promoção da saúde; considerando também que a AB é um nível de atenção que oferece a porta prioritária de acesso para todas as necessidades de saúde dos usuários e problemas de saúde, com a responsabilidade sanitária pela área adscrita; todas as queixas e necessidades que chegam a esse âmbito (de febre, tristeza, diarreia até planejamento familiar e vacinação), devem ser consideradas para fins de vigilância e de atenção à saúde no mesmo território (COSEMS-RJ, 2016).

Mesmo com a proximidade existente entre AB e VS em várias dimensões, a integração de suas ações ainda é considerada um dos grandes desafios do SUS em todas as esferas de gestão. Há diversas normativas e estratégias lançadas para estimular essa integração, mas o encontro ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito de atuação das eSF e eAB (BRASIL, 2018).

Mas então como se faz essa integração?

Organizar ações integradas de trabalho é responsabilidade partilhada das equipes de AB e da VS, da atenção e da gestão e, para se garantir que a integração seja efetiva, é importante que ocorra desde o planejamento conjunto até a realização das ações (BRASIL, 2018).

Além disso, é importante que os profissionais da AB trabalhem com a lógica de risco, utilizando a epidemiologia como ferramenta para mapear vulnerabilidades da sua população. O processo de formação das equipes deve desenvolver o raciocínio epidemiológico para compreensão e intervenção sobre os problemas de saúde prioritários (BRASIL, 2018).

Para pensar no fazer integrado da AB e VS, primeiramente os profissionais de saúde precisam conhecer bem o seu território (determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, população de risco, situações de risco sanitário, contextos locais cobertos pela ESF/AB, territórios indígenas, áreas de fronteira, áreas dispersas, etc.). Esta apropriação do território vai auxiliar a percepção dos problemas de saúde e o planejamento das estratégias de intervenção.

Depois, os processos de trabalho precisam estar organizados para atender aos principais problemas de saúde-doença identificados na análise situação de saúde. Assim, se é reconhecida a presença de hipertensos, de diabéticos e de crianças com doença respiratória crônica, por exemplo, a unidade precisará se organizar para atender as necessidades que cada usuário destes grupos certamente vai demandar, considerando ainda as suas especificidades. As demandas estarão relacionadas às consultas (previstas ou urgentes, na unidade ou no domicílio), aos procedimentos e às atividades educativas. As ações sobre a demanda representam a intervenção nos problemas. Tomando como exemplo a doença respiratória em crianças, as equipes precisam ainda propor intervenções

em fatores ambientais que contribuem para a presença ou agravamento do problema nestas crianças. Essas intervenções representam exatamente as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos e dos riscos à saúde.

Portanto, falar das ações de vigilância em saúde também é falar do cotidiano das equipes de atenção básica, pois é nas consultas, procedimentos e ações educativas do dia a dia que também estão incorporadas.

1ª etapa - Interação Pedagógica

DIA 3

Caro trabalhador(a), chegamos ao terceiro dia da 1ª etapa de Interação Pedagógica. Hoje os trabalhadores conversarão sobre a importância da Atenção Básica na rede de Atenção à Saúde e serão preparados para a segunda etapa do AP, por meio de exercícios sobre territorialização e análise de situação de saúde, que são conteúdo de algumas tarefas práticas na próxima etapa (Interação entre Equipe e Território). A seguir, mostramos os objetivos e a proposta de cronograma para esse dia.

- ✓ Reconhecer a importância da AB na Rede de Atenção à Saúde;
- ✓ Identificar os modelos de organização de serviços em cada sistema;
- ✓ Aplicar os conceitos apresentados à interpretação da Rede de Atenção do seu município/região;
- ✓ Introduzir a reflexão sobre território;
- ✓ Compreender a relação do território com o processo saúde-doença;
- ✓ Identificar a importância da adscrição de clientela para o planejamento;
- ✓ Identificar a importância da informação em saúde para a territorialização e o planejamento local;
- ✓ Discutir o roteiro de territorialização a ser utilizado na etapa 2 – Interação entre Equipe e Território;
- ✓ Exercitar a análise da situação de saúde como primeiro momento do PPLS.

Quadro 8 - Programação do Dia 3.

1ª ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 3	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 10h30	Compreendendo Rede de Atenção à Saúde
INTERVALO	
10h45 às 12h	Continuação da atividade
ALMOÇO	
13h às 14h	Adentrando o território e partindo para as atividades na AB
14h às 16h	Conversando sobre territorialização
INTERVALO	
16h às 17h30	Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS): análise da situação de saúde

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020



Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM;



Caminhando com TIM TIM. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=1dYu-kOrq5RI>

Trecho de Mori (2014), que fala sobre a experiência do autor, trabalhador da saúde, ao adentrar no cotidiano do território, objeto do seu trabalho:

À medida que o trabalho invade a vida, trata-se de um movimento lógico o caminho inverso; a vida logo invade com toda sua intensidade o trabalho.

Assim, pensar acesso a coisas, lugares e pessoas, ajuda a pensar acesso aos serviços de saúde. Diria que viver e sentir a dificuldade de acesso ajuda a se identificar (criar empatia) com as necessidades de saúde das pessoas usuárias do sistema, gera incômodo [no(a) trabalhador(a)] e necessidades de se criar mecanismos capazes de produzir cenários de mudanças (MORI, 2014, p. 162).



Registre suas reflexões no Diário de Campo do Trabalhador. 



PARA SABER MAIS!



Américo Mori, é enfermeiro sanitарista, atua nas áreas de gestão e formação em saúde. É autor desse relato reflexivo “os sentidos de uma experiência ao habitar o território no Apoio Institucional descentralizado”. Este relato encontra-se no livro “Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática”, assim como a experiência de Sílvia Cardoso no apoio à implantação da Linha de Cuidado Materno-Infantil num município da Bahia, que aborda a Rede Cegonha. Ficou curioso? Acesse <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf> e leia este relato na íntegra.



Texto Base 1 | Dia 3 – As Redes de Atenção à Saúde: histórico, conceitos e atributos

Adaptado de Rosana Kuschnir

A organização de serviços de saúde e de redes assistenciais é subsídio importante para fomentar a organização de serviços em redes, uma das diretrizes do SUS e a estratégia que foi seguida por todos os sistemas de saúde que têm por princípios a universalidade, equidade e integralidade. As distinções encontradas entre os sistemas de saúde no que diz respeito à concepção básica e ao financiamento refletem-se também nos arranjos para a organização da provisão da atenção.

Origem do conceito de redes

O conceito de redes de serviços não é novo. Quando das discussões iniciais acerca da constituição de um sistema que cobrisse toda a população britânica, o primeiro-ministro da Saúde nomeou uma comissão com a incumbência de definir “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (Webster, 2002). Esta comissão, coordenada por Lord Dawson, elaborou a primeira proposta de um modelo de redes de serviços de saúde, apresentada no Relatório Dawson em 1920 (Ministério de laSalud de Grã-Bretanha, 1920; OPAS, 1964). Propunha-se, pela primeira vez, a definição de bases territoriais e populações-alvo, ou seja, regiões de saúde. Estas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica.

Assim, propôs-se que a “porta de entrada” no sistema fosse um centro de saúde, que empregaria os *general practitioners* (GP’s) – os médicos generalistas ingleses, que já então clinicavam de forma autônoma. Estes centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já então denominado secundário; e os casos que não pudessem ser resolvidos aí seriam referenciados aos hospitais – no modelo proposto, hospitais de ensino. Os generalistas, então, teriam a função de definir a forma como o paciente “caminha” pelo sistema e, por isto, receberam o nome de *gate-keeper* – literalmente o porteiro, o que toma conta da porta - e o de coordenadores do cuidado.

É interessante observar como os conceitos que hoje utilizamos e discutimos, como porta de entrada, regiões, níveis de complexidade, entre outros, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920. Inclusive, a ilustração utilizada é marcadamente semelhante aos modelos que são utilizados até hoje para ilustrar os conceitos de redes de serviços de saúde.

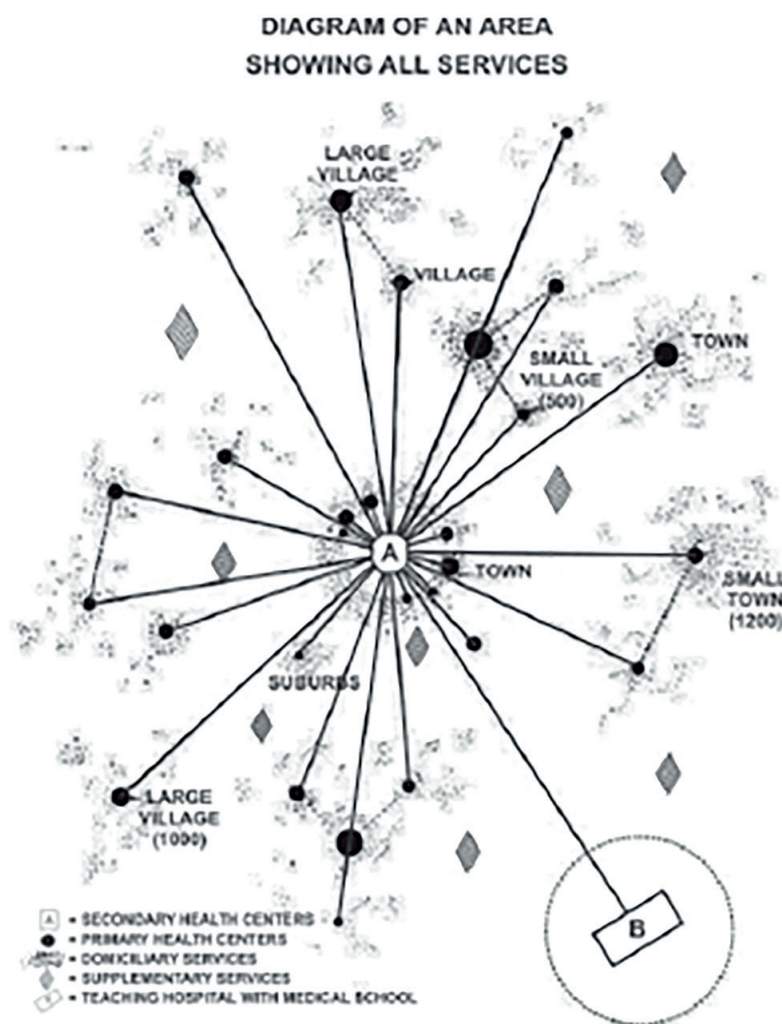


Figura 4 – Proposta de organização de serviços em rede do Relatório Dawson, 1920.

Fonte: KUSCHNIR, 2014.

A proposta do relatório Dawson, embora solicitada pelo governo, não foi implementada à época e o sistema de saúde britânico seria criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial.

Antes do sistema britânico, o primeiro sistema público universal foi instituído pela União Soviética, a partir de fins da década de 1920. O sistema de tipo soviético foi também implantado nos demais países do bloco socialista, como Cuba, e nos países europeus que passaram a compor o bloco após a Segunda Guerra Mundial, como a Polônia e Hungria. É conhecido como sistema de tipo *Semashko*, denominação derivada de Nikolai Alexandrovich Semashko (NA Semashko), primeiro comissário do povo para a saúde da União Soviética. É caracterizado por um sistema público, financiado diretamente pelo Estado, centralizado e com alto grau de normatização. Como todos os sistemas universais, é estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local. É estruturado verticalmente e com responsabilidades muito bem delimitadas. Um exemplo mais próximo de um sistema deste tipo, extremamente bem-sucedido, é o sistema cubano.

Quando o Relatório Beveridge¹¹ foi encaminhado à discussão do parlamento britânico, em 1942, a proposta inicial seguia um modelo semelhante ao proposto por Dawson, inclusive com a construção de centros de saúde onde os generalistas (GP's) trabalhariam, sob gestão do governo local. Todos os médicos seriam contratados pelo Estado e trabalhariam em centros de saúde e hospitais. No entanto, houve grande oposição dos médicos, tanto especialistas quanto generalistas – cada grupo com sua representação – que temiam a perda da autonomia profissional e não aceitavam a gestão local. Em plebiscito, os médicos se recusaram a participar do novo sistema. Ao final de um longo processo de negociação, o sistema foi criado sob responsabilidade e gestão do governo central e os médicos generalistas foram incorporados como médicos independentes, contratados pelo Estado, com dedicação exclusiva – não lhes é permitida a prática privada – responsáveis pelo primeiro nível de atenção e pela “porta de entrada”. Os especialistas foram incorporados como médicos assalariados, trabalhando em hospitais – onde se localizava toda a atenção secundária, inclusive ambulatório de especialidades – mas com grande controle sobre suas condições de trabalho, podendo inclusive manter prática privada. Já os hospitais que existiam à época – ou grandes hospitais universitários ou pequenos hospitais comunitários – foram todos passados à propriedade e gestão do governo central.

A organização funcional da rede foi a mesma proposta por Dawson e já adotada pelo modelo soviético. A partir do cuidado realizado pelo generalista no primeiro nível de atenção, caso este considerasse necessário – e apenas nestes casos –, o paciente seria encaminhado ao atendimento especializado ambulatorial e deste para o atendimento hospitalar – em geral, para o hospital distrital e deste para o hospital regional, se fosse o caso. Pode-se observar que a ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção se deu a partir dos generalistas, que garantem, até hoje, literalmente 100% de cobertura da população. No caso inglês, os generalistas são pagos por capitação, uma forma de remuneração bastante utilizada para a atenção de primeiro nível, que paga ao médico pelo paciente inscrito em sua lista, independentemente do número de consultas realizadas. Nesta forma de pagamento, paga-se não pela produção de consultas, mas pela responsabilidade pelo cuidado.

É interessante como este modelo, organizado em níveis hierárquicos e com o nível primário como porta de entrada, que nasceu das condições específicas de implantação do sistema britânico, acabou por se tornar um modelo seguido por diversos outros países em outros contextos.

É de fundamental importância notar que, na concepção de uma rede, em todos os casos, a responsabilidade pelo paciente é do primeiro nível de atenção. Não é bem o que conhecemos como referência e contrareferência. É mais. Significa que é neste nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado a exames, ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo paciente. Ademais, o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado preventivo, a atenção a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos. Este conjunto de responsabilidades e ações caracteriza a função de coordenação do cuidado.

11. O Relatório Beveridge, oficialmente intitulado *Seguro Social e Serviços Afins (Cmd. 6404)*,^[1] foi um relatório de governo, publicado em novembro de 1942, influente na fundação do estado de bem-estar social no Reino Unido. ^[2] Foi redigido pelo economista liberal William Beveridge, que propôs reformas generalizadas ao sistema de bem-estar social para abordar o que ele identificou como «cinco gigantes no caminho da reconstrução»

Esta é, portanto, a origem dos conceitos de rede que discutimos como base para a construção de sistemas universais. **A rede é, em sua concepção básica, uma característica dos sistemas nacionais de saúde**, que são característicos de sociedades que têm por base a concepção de que as políticas e os serviços sociais são direitos do cidadão, portanto, para todos e sem diferenciação – um sistema universal e equitativo. Na maior parte dos casos, a provisão dos serviços é feita quase que exclusivamente por serviços públicos.

Este modelo, o mais clássico dos modelos de redes de serviços de saúde, foi seguido, em sua concepção básica de organização funcional, por todos os países que construíram sistemas únicos de saúde. É ainda o preconizado pela Organização Mundial de Saúde. No entanto, mesmo que o modelo de redes de serviços de diferentes países tenham a mesma concepção básica não significa, de modo algum, que as características – escopo das atividades e escala – dos serviços em cada nível da rede sejam as mesmas em todos os casos. Em alguns, o primeiro nível é constituído por generalistas contratados, a exemplo do modelo inglês; em outros, por generalistas ou clínicos, pediatras e ginecologistas trabalhando em centros de saúde. Em todos os casos, no entanto, é mantida a lógica de acesso aos outros níveis do sistema através da referência a partir do primeiro nível.

O fato de, nos sistemas de tipo universal, os serviços serem organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas não se dá por acaso, na medida em que há uma relação intrínseca entre a proposta de universalização e equidade e a constituição de redes.

Novas formas de organização: as mudanças introduzidas pelas reformas dos anos 1990

A partir da década de 1980 e principalmente da década de 1990, os sistemas de saúde vêm passando por processos de reforma em vários países. Iniciado nos países centrais, a agenda de reformas foi impulsionada, por um lado, pela crise econômica e pela necessidade de controlar o gasto em saúde, que vinha crescendo exponencialmente com o envelhecimento das populações e o desenvolvimento tecnológico. Por outro, o questionamento aos sistemas públicos de saúde insere-se num movimento mais amplo de reforma do próprio Estado, que questiona não só o papel da intervenção estatal na provisão de serviços, como a própria noção de saúde como direito de cidadania.

Ao mesmo tempo, os sistemas nacionais de saúde efetivamente apresentavam problemas de eficiência, de qualidade e de restrição de escolha. O grande mecanismo de regulação de acesso aos serviços ao longo da rede, a partir do primeiro nível, é a lista de espera, tanto para consultas ambulatoriais especializadas quanto para as internações cirúrgicas eletivas, que sempre foi um problema particularmente importante, inclusive no NHS inglês. Entre as causas principais para o estrangulamento do acesso foram apontadas a falta de financiamento, a má distribuição de leitos, a ineficiência na utilização dos recursos, o déficit de recursos humanos (médicos e enfermeiras) e o duplo vínculo dos especialistas.

Na Inglaterra, em 1989, foram apresentadas as propostas de reformas que seriam adotadas em 1991, configurando a mais profunda reforma do NHS em sua história e que foi discutida em todo o mundo e adotada em outros países. A estratégia fundamental foi a de tentar instituir “mecanismos de mercado”, entre os quais a competição entre os diversos serviços, com intuito de fomentar a eficiência, a melhoria da qualidade e proporcionar maior escolha. Foi criado o “mercado interno”, através da “separação das funções de financiamento e de provisão”, em que a provisão seria feita por instituições de mercado que oferecessem o serviço.

As primeiras avaliações de resultados da estratégia de criação do “mercado interno” mostraram que efetivamente logrou-se um aumento da eficiência na produção hospitalar, aumentando-se o número de internações e diminuindo-se a ociosidade observada em muitos serviços. No entanto, alguns problemas haviam sido criados. A introdução de múltiplos “compradores” levou à fragmentação do sistema e, embora os hospitais tenham se tornado mais produtivos, se reorganizaram para realizar os procedimentos mais lucrativos, de acordo com as novas formas de pagamento, em detrimento do tratamento de problemas mais complexos e/ou pacientes mais doentes. Os hospitais mais complexos e de ensino passaram a ter enormes déficits, já que não poderiam se manter apenas com os contratos que pudessem obter e, para que não “quebrassem”, foi necessário suplementação orçamentária que garantisse sua sobrevivência.

Finalmente, observou-se que os ganhos de eficiência estavam sendo parcialmente contrabalançados pelo aumento nos custos administrativos do novo modelo, que se tornavam cada vez mais altos. O mercado interno foi combatido pelo Partido Trabalhista, à época na oposição e, embora tenha sido mantida a separação entre financiamento e provisão, o objetivo deixou de ser a competição e passou a ser a parceria e colaboração, com ênfase no planejamento, na definição de prioridades segundo necessidades de saúde e no aperfeiçoamento da elaboração de contratos.

Já nos sistemas de seguro social, inclusive na Alemanha, os objetivos centrais da reforma foram conter o gasto em saúde e tentar minorar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado. A partir de 2000, algumas medidas nesta direção puderam ser introduzidas, como, por exemplo, a obrigatoriedade de oferta pelos fundos/caixas de modelos com *gate-keepers*. Além disso, vêm sendo tentadas novas estratégias de fortalecimento da articulação entre os vários níveis do sistema, aproximando-se, portanto, das formas organizacionais tradicionalmente adotadas pelos sistemas nacionais de saúde.

A partir da década de 2000, algumas novas formas de articulação entre serviços vêm sendo testadas a partir de rearranjos institucionais, tanto nos sistemas nacionais quanto nos de seguro social. No Reino Unido, o desenvolvimento de *clinical networks* (redes clínicas) para o tratamento de pacientes crônicos começou na Escócia, inicialmente dirigido ao tratamento de câncer e mais recentemente vem sendo proposto para o tratamento da doença renal crônica. Os *networks* são conformados por profissionais que trabalham nos diversos níveis de atenção do sistema, por organizações representativas de pacientes e suas famílias e por sociedades de especialistas, que passam a trabalhar articuladamente, desenvolvendo protocolos clínicos e mecanismos próprios de articulação das práticas, que perpassam todos os serviços envolvidos. Em suas propostas para o desenvolvimento da política nacional de atenção aos pacientes crônicos, o NHS propõe que futuramente a contratação de serviços para o tratamento seja feita com os *networks*, configurando na prática um novo ente que se responsabilizaria pelo cuidado integral.

É importante levar em conta que a busca por mecanismos cada vez mais sofisticados de integração – sejam eles destinados à integração entre serviços, entre as práticas ou entre as ações dirigidas ao mesmo usuário –, torna-se mais importante à medida que a população envelhece e aumenta o número de portadores de doenças crônicas. Para um paciente agudo, a continuidade do cuidado é central durante um período curto de tempo, correspondente ao episódio específico, como por exemplo, uma amigdalite ou um trauma. No entanto, no caso de pacientes crônicos, muitas vezes apresentando múltiplas patologias, o cuidado é contínuo e envolve muitos profissionais e instituições. O foco muda para a manutenção do equilíbrio funcional e a coordenação é um elemento-chave.

Quanto menos segmentado e fragmentado um sistema de saúde, maior a possibilidade de que os arranjos organizacionais já em operação ensejem a coordenação do cuidado, como é o caso das redes em sistemas nacionais de saúde. Ainda assim, com as mudanças de perfil epidemiológico, novos mecanismos e instrumentos de coordenação vêm sendo desenvolvidos e colocados em prática também nos países com sistemas nacionais.

Sistemas Integrados Americanos

Já em sistemas com alto grau de segmentação e prestação de cuidado muito fragmentada, a coordenação é bem mais difícil, o que levou ao desenvolvimento de estratégias que utilizam alguns arranjos organizacionais semelhantes às redes dos sistemas nacionais de saúde, mas que não se confundem com estas. Este é o caso americano, baseado em seguro voluntário de empresas, feito por meio de dois grandes programas públicos – o *Medicare*, de responsabilidade federal e dirigido à população maior de 65 anos, e o *Medicaid*, para cobertura de populações de baixa renda, sob responsabilidade dos estados.

Os custos gerados pela fragmentação, aliados a formas de pagamento por itens e procedimentos, geraram o significativo crescimento do cuidado gerenciado (*managedcare*), que engloba diferentes arranjos organizacionais, centrados no pagamento por capitação a distintos tipos de organizações, que se responsabilizam pela provisão de todo o cuidado a um paciente, seja através de rede própria de serviços, seja por diferentes tipos de contratos estabelecidos com provedores.

As organizações de cuidado gerenciado desenvolveram mecanismos de controle de acesso e de utilização de recursos, entre os quais a instituição do generalista *gate-keeper*, que controla o acesso aos especialistas e a adoção muito rígida de protocolos clínicos e controle da prática profissional. Ao mesmo tempo, foram desenvolvidas estratégias específicas de coordenação do cuidado a pacientes crônicos, como o gerenciamento de casos (*case management*) e o gerenciamento de doenças (*disease management*), estas duas sendo estratégias de coordenação do cuidado.

Do ponto de vista da configuração do sistema, em um mercado altamente competitivo, iniciou-se um intenso processo de reestruturação caracterizado pela consolidação, com a substituição dos hospitais filantrópicos que haviam sido responsáveis pela maior parte da provisão, por corporações lucrativas e, a partir das décadas de 1980 e 1990, pelo movimento de integração vertical, desde entre provedores de serviços clínicos de diferentes níveis – em geral a articulação de serviços ambulatoriais em torno de um hospital –, até a constituição de sistemas mais abrangentes, integrando provisão clínica, serviços de laboratórios e imagem e de produção de equipamentos e insumos (GREENBERG, 2002). Este processo deu origem a diferentes combinações de provedores, com conformações estruturais muito diversas, que se tornaram conhecidas pela denominação genérica de “sistemas integrados”. Apenas no período de 1993-1997, foram identificados 1.917 sistemas integrados formados e 1.466 dissolvidos (GREENBERG, 2002).

A definição adotada por Shortell (1994) para os sistemas integrados – “uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, um *continuum* coordenado de serviços de saúde a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” – acabou por tornar-se amplamente adotada, muitas vezes como sinônimo de redes regionalizadas.

No entanto, é importante notar que a definição não contempla a questão do território. Ou seja, não se trata de redes regionalizadas. Na realidade, nem poderia, na medida em que os sistemas integrados americanos desenvolveram-se no âmbito dos planos privados e não da questão da saúde pública, o que pressupõe a ação sobre os determinantes e implica na organização de serviços e ações com base em territórios, sendo esta função precípua do Estado.

Assim, no caso americano, como resposta às pressões de mercado, observam-se processos de integração vertical com arranjos organizacionais em níveis de atenção, generalistas “*gate-keepers*” e mecanismos de referência, que lembram os modelos tradicionais de organização em redes dos sistemas universais. No entanto, ainda que os arranjos organizacionais e os instrumentos institucionais em busca da integração do cuidado sejam similares, os valores, premissas e objetivos que informam cada um dos sistemas, assim como a resultante forma de organização de serviços, implicam em contextos muito distintos.

Os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente porque saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. Já os sistemas integrados americanos são arranjos organizacionais estabelecidos no âmbito do mercado e não têm por pressuposto a universalidade ou a equidade. Como consequência, não se coloca a questão do território, da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado.

Atributos das Redes de Atenção

Na medida em que as reformas experimentadas pelos sistemas de saúde aproximaram-se de sistemas tradicionais, o centro da discussão acerca da organização de serviços tornou-se o da coordenação/integração do cuidado, representando diferentes graus de articulação entre níveis de atenção, provedores ou instituições, com variados tipos de arranjos organizacionais, dependendo do tipo de sistema de saúde em questão (KUSCHNIR, 2010). No entanto, como apresentado anteriormente, ainda que os mesmos mecanismos e instrumentos de coordenação possam ser utilizados em sistemas distintos, a discussão da coordenação/integração está inserida em outros contextos, que influenciam profundamente a própria possibilidade de transferência bem-sucedida destes mecanismos e instrumentos de um para outro.

A partir de 2008, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) empreendeu consultas nacionais e regionais para validação de sua proposta de organização de redes, que foi denominada, em sua versão final, de “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” (Opas, 2009), e que significou um marco conceitual para os países latino-americanos. O documento adota uma versão modificada da definição de Shortell. Este autor definiu as Redes Integradas de Serviços de Saúde como uma “rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (SHORTELL, 1994). Ao basear-se na atenção primária e introduzir o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, o documento da OPAS alinha-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos universais e fornece um marco conceitual para a organização de redes no caso brasileiro. O documento define 13 atributos essenciais das redes integradas de atenção à saúde baseadas na atenção primária:

1. População/território definidos sob sua responsabilidade e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa rede de serviços de saúde que provê promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em patologias, riscos e populações específicas e os serviços pessoais e de saúde pública;
3. Um primeiro nível de atenção que cubra toda a população e atue como porta de entrada do sistema, que integre e coordene o cuidado da saúde e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população;
4. Prestação de serviços de especialidades nos locais mais apropriados, os quais acontecerão preferencialmente em ambientes extra-hospitalares;

5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo do continuum de serviços de saúde;
6. Cuidado da saúde focado na pessoa, na família e na comunidade;
7. Um sistema de governança único para toda a rede;
8. Ampla participação social;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados;
11. Sistema de informação integrado, que se vincula a todos os membros da rede;
12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede;
13. Ação intersetorial ampla e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

Estes atributos remetem à proposta de Dawson das redes regionalizadas, que são constituídas por população e território definidos; extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços integrais; primeiro nível de atenção com cobertura de toda a população, porta de entrada do sistema, que integra e coordena a atenção e o sistema de governança única para toda a rede e devem utilizar mecanismos de coordenação ao longo de todo o continuum dos serviços.

Uma outra contribuição central do documento da OPAS é a clara separação entre os atributos da rede e os mecanismos e instrumentos de coordenação a serem utilizados para sua implementação. De acordo com a proposta, dada a diversidade de contextos, não seria possível prescrever um modelo organizacional único para as redes e vários esquemas seriam possíveis. O objetivo da política pública seria o de propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais específicas de cada sistema, ressaltando-se que, quaisquer que sejam os mecanismos e instrumentos de coordenação utilizados, estes devem estar sempre respaldados por uma política de Estado que impulse as redes como estratégia fundamental e com referencial jurídico coerente.

Os atributos das redes definidos no documento da OPAS são também os adotados pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), um dos países signatários do documento, e constam na Portaria 4.279, publicada pelo MS em 31 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010d), em que são estabelecidas as diretrizes para a Organização de Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (MS, 2010). Na referida Portaria, tem-se a respeito de rede de saúde:

“Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

“O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.”

“Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.”

“Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.”

“Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.”

“São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.”

“Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde, se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.”

Posteriormente, o marco legal de destaque no Brasil é o Decreto 7.508, de junho de 2011 (BRASIL, 2011b), que regulamentou a Lei 8.080/90 e definiu conceitualmente a região de saúde, instituindo inclusive as comissões intergestoras regionais como as instâncias de pactuação para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, a partir da organização de redes de atenção, de modo a integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.



PARA SABER MAIS!



Aprofunde seu conhecimento sobre redes assistindo aos seis primeiros episódios da série britânica Doc Martin – 1ª temporada e observe os elementos característicos de redes de atenção à saúde em suas cenas. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=CO_-87xRbQ.



Texto Base 2 | Dia 3 – O território e a territorialização

Usufruindo da definição de território apresentada pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2019), como “espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável” (BRASIL, 2019, art. 2º, inciso XXVII), damos início a esse texto sobre território e territorialização.

Esse conceito nos convida a olhar o território para além do espaço geográfico, por considerar a influência da natureza nos processos de saúde e doença e sua determinação social para estas populações, que subsistem do território. Milton Santos (1978) afirma que a utilização do território pelo povo cria o espaço, e, neste sentido, o autor se refere ao território como um espaço geográfico que deve ser considerado como algo que participa igualmente da condição do social e do físico, um misto, um híbrido (SANTOS, 2006).

Segundo Monken e Barcellos (2007), apesar dos muitos conceitos ou representações que possamos ter, o território está sempre relacionado a uma área delimitada onde a vida acontece, submetida a certas inter-relações, regras ou normas. Os autores ainda complementam que a adoção de um limite territorial para analisar e atuar, por exemplo, sobre as condições ambientais e de saúde, é reconhecidamente artificial, pois nem o ambiente e nem os processos sociais ficam restritos a esses limites.

Nesta conjuntura, a PNAB (BRASIL, 2019) considera território como sendo:

[...] a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. [...] O território é destinado para “dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2019, anexo I do anexo XXII).

A AB aponta, em suas diretrizes, que o território adscrito é de responsabilidade sanitária de uma equipe, sendo atribuição comum a todos os membros dessa equipe “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”, cadastrando as famílias e mantendo os dados atualizados, para que essas informações subsidiem a priorização de situações que serão acompanhadas no planejamento local (BAHIA, 2013b; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

O território também precisa ser compreendido como o espaço em que se coleta dados sobre ambiente e saúde e estes podem transcender seus limites, ou seja, analisa-se uma área adscrita, mas muitas questões ultrapassam o limite geográfico dessa área. Há diferenças também entre a população urbana e rural de um mesmo território, onde as pessoas vivem e trabalham de maneiras diferentes (MONKEN e BARCELLOS, 2007).

Neste contexto, a territorialização é considerada um meio operacional que auxilia a compreensão dos problemas e necessidades de saúde de determinado território. Essa estratégia, agregada ao cadastramento e classificação das famílias por risco sociosanitário e sua vinculação a uma área adscrita da equipe de AB, é parte de um processo que contribui para a estruturação da base territo-

rial da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Porém, mesmo sendo considerada a coordenadora da rede que articula os diversos níveis de atenção, a AB não deve ser a única responsável pela territorialização, devendo esta ser adotada por todos os níveis do sistema (MONKEN e BARCELLOS, 2007; MENDES, 2011; COSEMS-RJ, 2016).

A territorialização busca desvelar as necessidades de saúde dos grupos populacionais que vivem em determinado território de um município, contribuindo para que se definam os serviços ofertados pela RAS, norteando as ações de atenção, assistência e vigilância em saúde, conforme as distintas realidades da área adscrita de responsabilidade sanitária da equipe (COSEMS-RJ, 2016; BRASIL, 2018).

É relevante definir, na territorialização, as características de ocupação do lugar, como pavimentação, saneamento, terrenos baldios, depósitos e aterros sanitários, assentamentos e ocupações, bem como condições ecológicas e geomorfológicas, como áreas de florestas e desmatadas, a fauna, flora, relevo, hidrografia, clima, entre outras (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; MONKEN e BARCELLOS, 2007).

É importante compreender que o processo de territorialização é vivo e dinâmico, sendo a sua atualização necessária, de forma a permitir o planejamento de ações, inclusive as intersetoriais (COSEMS-RJ, 2016; BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007; BRASIL, 2018; BRASIL, 2017).

É também condição para territorialização, além de se conhecer o território, compreender a realidade considerando os DSS (vistos no dia 1). Neste sentido, é importante obter dados a partir dos **sistemas de informações em saúde** ★ (SIS), como mortalidade, morbidade, índice de infestação, saneamento, entre outros, e também considerar as questões sociais, históricas, demográficas, sanitárias, econômicas, culturais, étnico-raciais, ambientais, que influenciam o modo de viver das pessoas.



Sistemas de Informação em Saúde:
“Sistemas que instrumentalizam e apoiam a gestão do SUS, em todas as esferas, nos processos de planejamento, programação, regulação, controle, avaliação e auditoria.”
(MINISTÉRIO DA SAÚDE).

A utilização de sistemas informatizados reduz o tempo para localização das informações e identificação de problemas, além de promover a melhoria na atuação dos profissionais da saúde, na medida em que retroalimenta as fontes notificadoras, que faz a crítica dos seus dados (OLIVEIRA *et al.*, 2016b). Nesse sentido, são utilizados por todas as esferas de gestão para fundamentar e reorientar o planejamento de ações e mensurar os resultados das ações implementadas num determinado território. Os SIS fornecem dados em três grandes áreas, a saber: determinantes de saúde, sistema e serviços de saúde e situação de saúde. Todos esses indicadores são essenciais ao processo de tomada de decisão no setor, de acordo com o nível de governabilidade (BRASIL, 2014).

Embora exista o esforço de integração dos SIS, diversos ainda são utilizados pelos serviços e pela gestão em saúde. Para Atenção Básica, são muito utilizados o SINAN, SISVAN, SINASC, SIM e alguns já estão integrados ao e-SUS AB, que é atualmente o principal sistema informatizado para alimentação das ações desenvolvidas pelas equipes de AB. No e-SUS, é possível obter como unidade de análise tanto o município quanto cada equipe de saúde que faz parte dele. Com o e-SUS, é possível extrair, a respeito da área adscrita da equipe, o número de habitantes por faixa etária e sexo, informações sociodemográficas (ocupação, raça/cor, orientação sexual e outros), algumas situações de saúde (gestante, doenças crônicas, acamados, deficientes, entre outros), informações sobre a população em situação de rua, além de informações de produtividade da equipe. Neste sentido, a base local do sistema e-SUS AB é uma excelente fonte dados para a equipe elaborar a territorialização singularizada para a sua área.

A gestão municipal deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, para que estas conheçam o território onde devem atuar e programem as ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade e com as necessidades da comunidade (BRASIL, 2018).

A seguir, está proposto um roteiro para territorialização com o objetivo de facilitar sua construção e subsidiar a primeira tarefa prática da etapa de Interação entre Equipe e Território.

Roteiro para territorialização

1. Etapa preparatória:

- ✓ Assistir o filme Territorialização na Atenção Básica - 2, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Wm_alVZLCF8
- ✓ Verificar se já existe algum processo de territorialização realizado anteriormente pela equipe. Caso já exista, revisar a caracterização do território delimitado da UBS considerando os mesmos critérios.
- ✓ Realizar o levantamento de informações sobre o município: *site* IBGE, entre outros, e pesquisar sobre os aspectos geográficos, populacionais, econômicos, sociais, históricos, culturais e epidemiológicos.
- ✓ Verificar a base municipal do e-SUS, coletando informações sobre sua área adscrita: doenças mais prevalentes na população; taxa de mortalidade geral do município; taxa de mortalidade por causas evitáveis; taxa de mortalidade infantil; perfil de internação; proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica; cobertura vacinal no município; cobertura de serviços de AB, entre outros. Para este fim, utilize o Plano Municipal de Saúde, o *site* do DATASUS, entre outras fontes.



Acessar e conhecer mais sobre o Sistema de Informação em Saúde (SISAB) e o e-SUS, acessando: <https://sisab.saude.gov.br/>

Acessar e conhecer mais sobre o e-SUS - PEC municipal. Para isso, acesse a base municipal do e-SUS em seu município.



Conhecer seu município através do Cidades@. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br



Acessar o Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB - do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>



Explorar o Geoportal de Informações em Saúde do estado da Bahia. Uma sala de situação virtual com diversos indicadores de saúde: http://geolivres.saude.ba.gov.br/geo_bahia/

2. **Etapa de reconhecimento do território**

Caminhar pela área para levantar informações como: limites territoriais, barreiras geográficas, áreas rurais e urbanas e áreas de vulnerabilidade (invasão, assentamento, quilombo, etc.); áreas com risco ambiental; densidade populacional; aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), culturais e sociais; equipamentos sociais e institucionais (igrejas, associações, serviços de proteção social, escolas, etc.); malha viária e meios de transporte; equipamentos sociais; pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto-atendimento, hospitais municipais e de referência, entre outros. Incluir nesse levantamento os fluxos e processos de referência e contra-referência na RAS.

3. **Etapa de caracterização da área de abrangência**

- ✓ Sinalizar no mapa do território os limites definidos e as características do mesmo;
- ✓ Confirmar ou revisar o território da UBS e da equipe (áreas e microáreas, incluindo áreas descobertas);
- ✓ Identificar as lideranças comunitárias: representantes ou lideranças da comunidade local (informantes chaves), procurando envolvê-los no processo de territorialização.

4. **Etapa de consolidação das informações coletadas**

Consolidar as informações coletadas para que possam ser expostas na unidade de saúde, de modo a facilitar o conhecimento e uso pela população e pela equipe de saúde. Por exemplo, a equipe pode expor o mapa da área de abrangência, em um quadro com caracterização da população da área e dados epidemiológicos mais relevantes (número de crianças, de idosos, gestantes, hipertensos, internações, cobertura vacinal, etc.), uma lista de locais/instituições que disponibilizaram espaço para realizar reuniões, e assim por diante.

A equipe pode utilizar diferentes materiais para fixar estas informações na unidade, tais como: papel madeira, banner, etc.

Quadro 9 - Roteiro para caracterização da área de abrangência

ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	
PERFIL TERRITORIAL E AMBIENTAL	FONTE DE VERIFICAÇÃO
Território: localização urbana ou rural; bairros localizados na área de responsabilidade, especificando se totalmente ou parcialmente incluídos; distância do centro da cidade; extensão territorial em km ² ; maior distância entre a UBS e o limite do território.	Prefeitura municipal, ACS e lideranças comunitárias da área.
Geografia e ambiente: descrição do relevo; existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural; lagos e represas, naturais ou artificiais; existência de fontes de água naturais, especificando a sua utilização pela população circunvizinha; barreiras geográficas.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área, Secretaria Municipal da Saúde.
Recursos existentes no território: pontos de atenção à saúde além da própria UBS, ou seja, centros de referência/especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, pronto atendimento e outros.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área, Secretaria Municipal da Saúde e CNES.
Equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, associações, hortas comunitárias, etc.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área, Secretarias Municipais de Ação Social, Educação etc.
Áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques etc.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área.
Áreas de risco: áreas de risco ambiental: lixo; áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundação; fontes de poluentes (tipo, origem etc.) e outros riscos.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria de Ação Social, Prefeitura Municipal, órgão da Defesa Civil
Áreas de assentamentos e invasões.	(Re)conhecimento da área adscrita por meio de caminhada, assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria de Ação Social, Prefeitura Municipal.
Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços etc.	
Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS.	
Urbanização – acesso: Pavimentação das ruas e avenidas. Transporte público. Malha viária, rodovias, ferrovias.	

Características dos domicílios: número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros; número de domicílios segundo o tratamento da água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento; número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto (rede geral), fossa ou céu aberto; número de domicílios com energia elétrica; número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto.

Instalação PEC municipal e assim como informação dos ACS, lideranças comunitárias da área.

PERFIL DEMOGRÁFICO

População total; população segundo faixa etária e sexo; população usuária de plano de saúde; número total de usuários do SUS, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, deficiência.

FONTE DE VERIFICAÇÃO

Instalação PEC municipal, Relatório de Cadastro Individual.

PERFIL SOCIOECONÔMICO

Número de chefes de família analfabetos; número de famílias com renda familiar per capita inferior a R\$ 89,00 (oitenta e nove reais)*; número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área; número de famílias segundo o grau de risco. Critério do Programa Bolsa Família, Ministério da Previdência e Assistência Social. Informações sociodemográficas: Ocupação, Situação no mercado de trabalho.

FONTE DE VERIFICAÇÃO

Secretaria de Ação Social, Instalação PEC municipal, Relatório de Cadastro Individual.

PERFIL INSTITUCIONAL

Histórico da UBS. Localização. Estrutura física. Acesso à UBS: topografia e transporte urbano. Horário de atendimento. Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal, tempo de atuação na UBS, etc. Relação com os Conselhos Locais de Saúde, caso existam. Relação com as lideranças comunitárias.

FONTE DE VERIFICAÇÃO

Lideranças comunitárias da área, equipe de saúde.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Doenças mais prevalentes na população; principais causas de internação; número de óbitos e suas causas; cobertura vacinal; cobertura de pré-natal; número de pessoas com hipertensão e diabetes; número de gestantes, incluindo gestantes adolescentes; número de pessoas acima de 60 anos; número de pessoas acamadas e em situação de restrição ao domicílio; índice de infestação pelo Aedes Aegypti; entre outros que a equipe julgar importante frente ao perfil epidemiológico local.

FONTE DE VERIFICAÇÃO

Instalação PEC municipal, Relatório de Cadastro Individual, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS. Lideranças comunitárias da área, equipe de saúde.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Quais os fluxos e processos de referência e contra-referência na RAS?
Existe central de regulação/marcação de consulta?
Como é o encaminhamento dos usuários para os outros níveis de complexidade?

FONTE DE VERIFICAÇÃO

Secretaria Municipal da Saúde.

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO (Adaptado de BRASIL, 2018, MONKEN; BARCELLOS, 2007; OLIVEIRA; CHAGAS; GARCIA, 2019), 2019, DAB/SAIS/SESAB, 2020.

**IMPORTANTE!**

Regiões com população flutuante devem ser registradas para um melhor planejamento das ações da equipe!

**PARA SABER MAIS!**

No Guia PNAB (2018), páginas 17 a 23, há um texto sobre a Escala de Coelho e Savassi: como posso identificar riscos e vulnerabilidades no território? Mais uma oferta para os trabalhadores.

1ª Etapa - Interação Pedagógica

DIA 4

Trabalhador(a), estamos no quarto dia da 1ª etapa de Interação Pedagógica, muito importante para a continuidade da preparação para a 2ª etapa do AP - Interação entre Equipe e Território, por meio de exercícios do PPLS que subsidiam a equipe na realização das tarefas práticas. A seguir, apresentamos os objetivos e a proposta de cronograma para esse dia.

- ✓ Analisar a importância da utilização do planejamento como prática cotidiana das equipes;
- ✓ Exercitar a identificação e priorização de problemas;
- ✓ Demonstrar os momentos do PPLS até a programação operativa;
- ✓ Esclarecer sobre as atividades a serem realizadas na segunda etapa do AP.

Quadro 10 - Programação do Dia 4.

1ª ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 4	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 10h30	PPLS: definição de objetivos, análise de viabilidade e elaboração das ações
INTERVALO	
10h45 às 12h	Orientações para a 2ª etapa do AP: interação entre equipe e território

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020.

Orientações para a apresentação das atividades práticas na 3ª etapa - Interação Pedagógica

Após o desenvolvimento das atividades de Interação entre Equipe e Território, é preciso que a equipe se prepare para retornar à Interação Pedagógica. O diferencial dessa 3ª etapa para a primeira é que agora os trabalhadores possuem subsídios e informações sobre a experiência vivenciada, o que enriquece o aprendizado.

O dia 5 iniciará com a apresentação das atividades práticas. A apresentação deve contemplar: (a) territorialização com apresentação do mapa da área de abrangência da equipe, (b) breve relato do levantamento dos problemas junto à comunidade, (c) a lista de problemas e problemas priorizados, do estado de saúde e da unidade de saúde, (d) a árvore de um dos problemas trabalhados, (e) matriz de árvore de objetivos e (f) a programação operativa.

A equipe deverá relatar o desenvolvimento das atividades, para que todos tenham conhecimento sobre como foram realizadas em território, buscando destacar pontos relevantes da experiência, as dúvidas, os aspectos positivos e negativos.

É importante pensar antecipadamente na forma da apresentação que será realizada, para que a mensagem seja comunicada de forma compreensível. O uso da criatividade é sempre bom, em qualquer formato de apresentação: programa de computador, cartolina, roda de conversa, teatro, cordel, etc.



O propósito da apresentação não é de avaliar se o desenvolvimento da equipe foi correto, nem de realizar comparações entre os participantes, no sentido de sucesso ou fracasso das experiências, e sim o estímulo ao aprendizado coletivo sem julgamento. O objetivo é poder refletir sobre o trabalho na AB.



Registre suas reflexões no Diário de Campo do Trabalhador. 



Texto Base 1 | Dia 4 – Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS)

A proposta de Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) é uma metodologia inspirada no enfoque estratégico de Carlos Matus¹² e busca auxiliar as equipes de saúde no planejamento das ações (COSTA, CASTRO JÚNIOR e REIS, 2015).

Segundo Teixeira e Vilasbôas (2001), idealizadoras da metodologia, o processo de planejamento e programação tem o propósito de reorientação do conjunto das ações e serviços desenvolvidos na área de abrangência da unidade, partindo do conhecimento acumulado através do cadastramento das famílias e do processo de territorialização, para desenvolver a análise da situação de saúde da população, e subsequentemente, a definição do que se deve fazer para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados e priorizados na área, com o estabelecimento dos responsáveis, prazos e recursos envolvidos (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001, p.113).

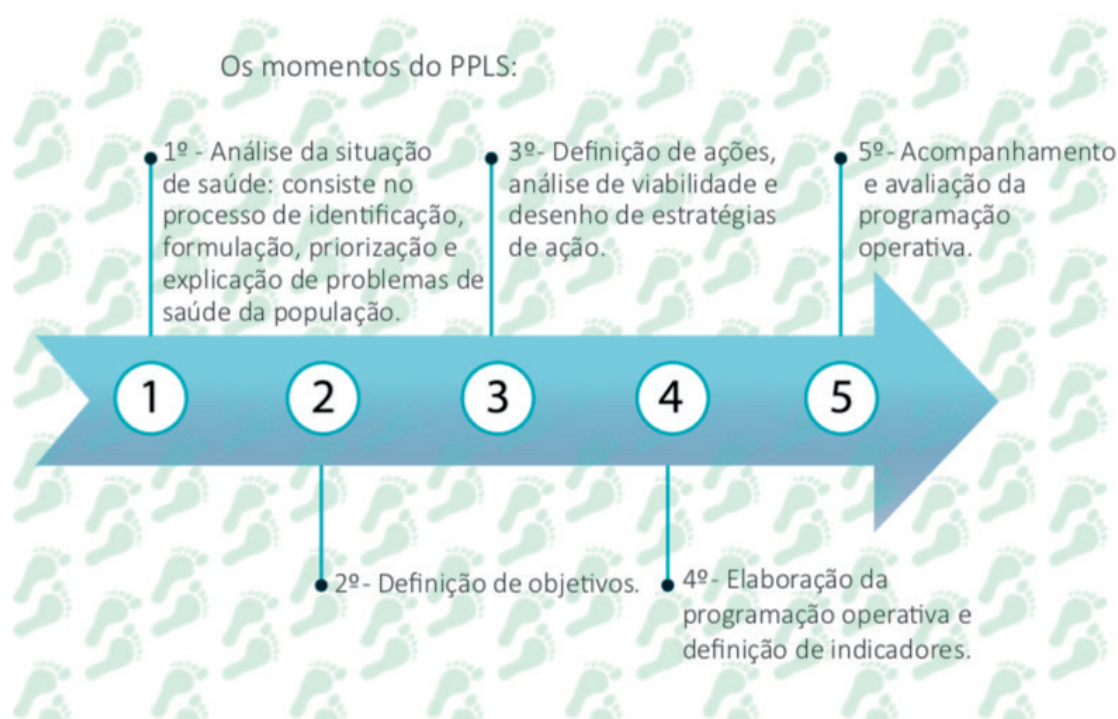


Figura 5 - Os momentos do Planejamento e da Programação Local em Saúde (PPLS)

Fonte: Costa, Castro Júnior e Reis, 2015.

Ao reconhecermos que a análise da situação de saúde (1º momento) é o ponto de partida para o planejamento, é importante garantir que a mesma contemple os diversos olhares sobre o mesmo problema, considerando tanto o que se refere ao estado de saúde da população quanto o

12. Carlos Matus: economista chileno que desenvolveu uma reflexão abrangente sobre Política, Planejamento e Governo. Suas obras foram bastante difundidas no Brasil, especialmente na área da saúde (TEIXEIRA, 2010).

que de refere à unidade de saúde. Além disso, a análise toma como referencial os modelos explicativos do processo saúde-doença, em sua dimensão individual e coletiva, e o conceito ampliado de saúde, que foram abordados no dia 1 do AP (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001; TEIXEIRA, VILASBÔAS e JESUS, 2010).

A figura abaixo representa a associação da atividade de reconhecimento do território, na qual a equipe caminha pelas ruas da sua área de abrangência e identifica e registra o que observa, com as informações de saúde coletadas (dos sistemas de informação oficiais e os produzidos pela própria equipe, por exemplo). O resultado disso é substrato para a análise de situação de saúde, como um diagnóstico situacional, que servirá de subsídio para a identificação dos problemas do território. É importante que esta análise seja apresentada e discutida com a comunidade da área, podendo a mesma acrescentar informações e/ou problemas que não foram contemplados pela equipe.



Figura 6 - Desenho representativo do diagnóstico situacional

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Elaborado a partir de: Costa, Pinho e Ferreira, 2015; Oliveira, Chagas e Garcia, 2019), 2019.

Levantamento de problemas

A análise de situação de saúde se configura como a atividade que inicia o primeiro momento de atividades do PPLS. Após ela, segue-se a atividade identificação e formulação dos problemas, entendendo problema como algo considerado fora dos padrões de normalidade para o ator social que está analisando uma determinada situação. Cada problema deve ser descrito contemplando as seguintes informações: **O que é? Quem é atingido? Onde ocorre? Quando ocorre?** (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001; VILASBÔAS, 2004). Esta descrição do problema é importante para que o mesmo expresse a realidade em que está inserido e para facilitar a compreensão de todos. A seguir, um modelo de matriz para ajudar na sistematização da lista de problemas.

Quadro 11 - Matriz para sistematização da lista de problemas.

SISTEMATIZAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS	
ITEM	PROBLEMA: O QUÊ? QUANDO? ONDE? QUEM?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.

É importante destacar que existem dois tipos de problemas a serem reconhecidos: os problemas do estado de saúde da população, que se referem aos riscos à saúde, às formas de adoecimento e morte da população (Ex: Alta prevalência de complicações por Hipertensão na área da UBS X, município Y, 2021); e, os problemas da unidade de saúde, que estão relacionados à organização e funcionamento dos serviços de saúde (Ex: Dificuldade para realização do exame preventivo na UBS X município Y, 2021) (VILASBÔAS, 2004).

Priorização e explicação dos problemas

A próxima fase é de priorização e explicação dos problemas, a partir de critérios pré-definidos, para que o resultado represente um acordo possível entre os interessados em uma dada situação de saúde (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001).

Existem vários critérios que podem ser utilizados na priorização de problemas, mas é importante ressaltar que a mesma deve ser o resultado do acordo possível entre os interessados – equipe de saúde e comunidade.

A análise de situação de saúde da área e a discussão com comunidade resulta em uma lista preliminar de problemas que podem ser trabalhados. Com o objetivo de realizar uma triagem inicial, sugere-se que cada participante vote nos cinco problemas que considera mais importante; ao final, os 5 problemas mais votados, do estado de saúde e da unidade de saúde, serão transcritos para matrizes 10 e 11, de acordo com sua classificação. Nessas matrizes, os critérios de priorização estão apresentados em forma de pergunta e o grupo, preferencialmente por consenso, deve respondê-las, conforme as pontuações abaixo:

Para os problemas do estado de saúde da população:

	0	1	2	3	4
Magnitude	☐	☐	☐	☐	☐
Disponibilidade de tecnologia	☐	☐	☐	☐	☐
Valorização	☐	☐	☐	☐	☐

0. insignificante; 1. baixa; 2. média; 3. alta; 4. muito alta

	0	1	2	3	4
Custos	☐	☐	☐	☐	☐

0. muito alto ; 1. alto; 2. média; 3. baixo; 4. muito baixo

Para os problemas da unidade de saúde:

	1	2	3	4	5
Relevância	☐	☐	☐	☐	☐

1. sem gravidade; 2. pouco graves; 3. graves; 4. muito graves; 5. gravíssimas.

	1	2	3	4	5
Urgência	☐	☐	☐	☐	☐

1. sem pressa; 2. pode esperar um pouco; 3. mais cedo possível; 4. urgente; 5. imediato.

	1	2	3	4	5
Factibilidade	☐	☐	☐	☐	☐

1. os recursos não existem; 2. os recursos existem, mas não estão disponíveis; 3. os recursos existem, não estão disponíveis, mas podem ser obtidos com dificuldade; 4. os recursos existem, não estão disponíveis, mas podem ser obtidos; 5. os recursos existem e estão disponíveis.

Quadro 12 - Matriz de priorização de problemas referente ao estado de saúde da população

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE AO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO						
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É MUITO FREQUENTE? (MAGNITUDE)	O PROBLEMA É CONSIDERADO IMPORTANTE? (VALORIZAÇÃO)	HÁ CONHECIMENTOS E RECURSOS PARA QUE O PROBLEMA POSSA SER ENFRENTADO? (DISPONIBILIDADE DE TECNOLOGIA)	QUAL A QUANTIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIA PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (CUSTOS)	SOMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.

Quadro 13 - Matriz de priorização de problemas referente à unidade de saúde.

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE À UNIDADE DE SAÚDE					
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É IMPORTANTE? (RELEVÂNCIA)	QUAL O PRAZO PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (URGÊNCIA)	OS RECURSOS EXISTENTES ESTÃO DISPONÍVEIS? (FACTIBILIDADE)	SOMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.

Ao final, é realizada a somatória dos pontos de cada um dos problemas, sendo a ordem de prioridade definida pelo valor total obtido, em ordem decrescente, em cada uma das matrizes.

A priorização é seguida da fase explicativa dos problemas, em que se buscam identificar as causas e consequências dos mesmos. Para isso, utiliza-se a árvore explicativa, em que representamos o problema geral como o caule da árvore, as causas como as raízes e os galhos e folhas, como as consequências, conforme descrito na parte 3 do Caso Guia. O quadro 14 apresenta a matriz que pode ser utilizada para melhor organização:

Quadro 14 - Matriz para construção da árvore de problemas.

ÁRVORE DE PROBLEMAS	
Consequências	
Problema	
Causas	

Fonte: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010.

Definição de Objetivos

O segundo momento do PPLS é a definição de objetivos (ver figura 5), que, de forma bastante direta, constituem a expressão positiva dos problemas, ou seja, o objetivo geral é a expressão positiva do problema. Do mesmo modo, os objetivos específicos são a expressão positivada das causas do problema (TEIXEIRA e VILASBÔAS, 2001).

Para organizar melhor as informações, pode-se utilizar a matriz abaixo:

Quadro 15 - Matriz para construção da Árvore de Objetivos

ÁRVORE DE OBJETIVOS	
Problema	
Objetivo geral	
Objetivo específico	

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.



Dentre os principais problemas observados na elaboração de projetos, está a construção de objetivos difusos, ou seja, pouco claros e sem foco, de difícil entendimento sobre onde se quer chegar. Quando são bem formulados, os objetivos expressam claramente a situação que se deseja alcançar (COSTA, PINHO e FERREIRA, 2015; p.41).

Definição de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias de ação

A definição de ações, análise de viabilidade e desenho de estratégias de ação constituem o terceiro momento do PPLS, com o propósito de que a equipe reconheça as suas potencialidades e limitações em relação aos objetivos propostos e crie estratégias para superar as dificuldades e aumentar as facilidades. É importante elaborar objetivos realistas, de acordo com sua capacidade de resolução, pois, do contrário, poderá gerar frustração e desestimular a todos. A seguir, encontra-se uma proposta de matriz que poderá contribuir com a definição de ações e análise de sua viabilidade.

Quadro 16 - Matriz de definição de ações e análise de viabilidade.

DEFINIÇÃO DE AÇÕES E ANÁLISE DE VIABILIDADE				
Problema				
Objetivo geral				
Objetivo específico	Ações necessárias para atingir cada objetivo específico	Facilidades	Dificuldades	Estratégia(s) para superar a(s) dificuldades e aumentar a(s) facilidades

Fonte: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010.

Programação Operativa

O quarto momento é a elaboração da programação operativa, em que se identificam as ações e atividades necessárias, com responsáveis e prazos, para viabilizar o alcance do objetivo específico (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001).

Quadro 17 - Matriz de programação operativa.

PROGRAMAÇÃO OPERATIVA			
Problema			
Objetivo geral			
Objetivo específico	Ações/atividades	Responsáveis	Prazos

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO (Adaptado de TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010), 2019.

O PPLS ainda possui alguns passos no seu desenvolvimento, que serão discutidos na 3ª etapa do AP, Interação Pedagógica. Assim, este texto terá seguimento no Texto Base 1 – Dia 5.

**PARA SABER MAIS!**

Conheça os enfoques metodológicos do planejamento em saúde, bem como a experiência da secretaria municipal de saúde de Salvador e do Estado da Bahia no livro em formato digital: Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências, organizado por Carmen Teixeira, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>





S E G U N D A E T A P A

INTERAÇÃO ENTRE EQUIPE E TERRITÓRIO

2ª etapa - Interação entre Equipe e Território

O objetivo da Interação entre Equipe e Território é associar os conhecimentos teóricos abordados na Interação Pedagógica com a prática do cotidiano do trabalho, identificando novos elementos que serão trabalhados na próxima etapa de Interação Pedagógica.

A duração prevista é de 30 a 40 dias, mas pode variar conforme cada caso. O ideal é que tudo seja pactuado em equipe e com a gestão local. Devem ser realizadas 4 reuniões de um turno cada. Entretanto, a carga horária, bem como a quantidade de turnos, pode variar conforme o ritmo de cada equipe. É importante realizar um planejamento das atividades, garantindo que não se demore muito em uma única atividade e prejudique o desenvolvimento das demais.

Quadro 18 - Programação 2ª etapa - Interação entre Equipe e Território

2º ETAPA – INTERAÇÃO ENTRE EQUIPE E TERRITÓRIO	
TURNO / HORA	ATIVIDADE PRÁTICA
2 turnos – 8 horas	Territorialização
1 turno – 4 horas	Levantamento e priorização de problemas
1 turno – 4 horas	Definição de objetivos, ações e programação operativa

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2019, DAB/SAIS/SESAB, 2020.



Proposta

A proposta é que cada atividade da segunda etapa tenha como resultado um produto que contribui com o trabalho da equipe na ESF.

Os profissionais participantes do AP devem retomar as discussões da etapa de Interação Pedagógica, em reunião, onde devem estar presentes o(a) gerente da UBS e o(a) coordenador(a) da AB. Este momento servirá para pactuar as datas das atividades, explicar como será realizada cada tarefa e reforçar a necessidade de informar à população sobre possíveis alterações no funcionamento da UBS que podem ocorrer em função desta atividade, como mudanças na agenda dos profissionais. Os conselheiros de saúde podem ser aliados nessa comunicação.

Primeira atividade prática: territorialização

O produto da atividade será o mapa da área de abrangência com as microáreas e equipamentos sociais estratégicos (escolas, igrejas, associações, pastorais, quadra de esportes e outros) e o relatório consolidado com informações da área, contendo descrição em texto, tabelas e gráficos, assim como as possíveis interpretações sobre o que foi encontrado.

Para realizar esta atividade, você precisará de um momento prévio à exploração da área junto com sua equipe, que ocorre no passo 4. Este momento está previsto nos passos 1, 2 e 3, para os quais sugere-se que seja reservada 1 (uma) hora.

Para os passos 4 e 5, sugere-se que sejam distribuídas cerca de 4 horas para caminhar pelo território e desenhar o mapa.

Para os passos 6 e 7, sugere-se a utilização das 3 horas restantes.



PASSO 1



Assista ao filme Territorialização na Atenção Básica - 2. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=Wm_aIVZLCF8



PASSO 2

Verifique se já existe algum processo de territorialização realizado anteriormente pela equipe. Caso já exista, revise a caracterização do território delimitado da UBS, acrescentando critérios, se necessário.



PASSO 3

Verifique a base municipal do e-SUS, coletando informações sobre sua área adscrita: população por faixa etária e sexo, doenças mais prevalentes na população, cobertura vacinal, óbito infantil, entre outros.

A Equipe deve ter em mãos os seguintes relatórios do e-SUS: cadastro individual, atendimento individual, atividade coletiva, visita domiciliar e territorial, vacinação, procedimentos consolidados e atendimento domiciliar.

Adicionalmente, realize o levantamento de algumas informações do município, tais como os aspectos geográficos, econômicos, sociais, históricos, culturais; o perfil das internações e dos óbitos; as doenças de notificação compulsória mais presentes. Para este fim, utilize o Plano Municipal de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, o *site* do DATASUS, os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, entre outros.

Como roteiro, pode ser utilizado o quadro 9 do dia 3 da Interação Pedagógica, que apresenta as informações que podem ser coletadas e a fonte que dispõe da mesma.



PASSO 4

Caminhe pela área para levantar informações como:

- Limites territoriais, barreiras geográficas, áreas rurais e urbanas e áreas de vulnerabilidade (invasão, assentamento, quilombo, etc.);
- Áreas com risco ambiental;
- Ruas e bairros mais populosos;
- Aspectos políticos, econômicos (modo de produção, renda), culturais e sociais;
- Equipamentos sociais e institucionais (igrejas, associações, serviços de proteção social, escolas, etc.);
- Malha viária e meios de transporte;
- Pontos de atenção à saúde: UBS, centros de especialidades, consultórios/ambulatórios privados, hospitais, laboratórios, residências terapêuticas, unidades de pronto-atendimento, hospitais municipais e de referência, entre outros.

Se já existir o mapa da área, a sugestão é levá-lo durante a caminhada para que seja atualizado.



PASSO 5

Realize uma reunião para compartilhar as informações encontradas, elaborar ou atualizar o mapa da área. É importante ficarem sinalizados no mapa:

- Os limites de cada micro área (incluindo áreas descobertas), assim como as características específicas (áreas de risco, como aterros sanitários, de risco para violência, como de tráfico, áreas que concentram terrenos baldios, assentamento, entre outras), caso exista;
- As barreiras geográficas, a malha viária, pontos de atenção à saúde, principais equipamentos sociais e institucionais, entre outros que a equipe considerar pertinente.

Nesta etapa também é fundamental identificar os representantes ou lideranças da comunidade local (informantes chaves), procurando envolvê-los no processo de territorialização e escutando que informações da área eles possuem que podem ser agregadas à análise que a equipe vai elaborar do território.

Todos os profissionais devem conhecer e compartilhar entre si estas informações e também trocar experiências sobre sua vivência no processo de territorialização.



PASSO 6

Reúna-se com sua equipe para discutir os dados coletados nos passos anteriores. O subsídio para este momento são: os elementos identificados durante a atividade de caminhada pela área, os dados coletados nos sistemas de informação em saúde, as informações oriundas dos informantes – chave, entre outros que a equipe considerar relevante.

Consolide as informações coletadas em editor de texto, usando gráficos, tabelas, ilustrações, figuras e outros métodos de apresentação das informações identificadas. Na medida do possível, realize a interpretação do que foi encontrado, usando o seu conhecimento da área para explicar e/ou fundamentar o que os dados dos sistemas de informação apresentam em seus relatórios.



PASSO 7

Selecione algumas características da área para serem expostas na unidade de saúde, de modo a facilitar o conhecimento e uso pela população e pela equipe de saúde. Por exemplo, a equipe pode expor o mapa da área de abrangência, um quadro com caracterização da população da área e dados epidemiológicos mais relevantes (número de crianças, de idosos, gestantes, hipertensos, internações, número de óbitos e suas causas, cobertura vacinal, etc.), uma lista de locais/instituições que disponibilizaram espaço para realizar reuniões, as associações existentes com seus representantes e assim por diante.

A equipe pode utilizar diferentes materiais para fixar estas informações na unidade, tais como: papel madeira, painel plotado (*banner*), etc.



Todos esses links também estão disponíveis no Manual do Trabalhador.

Segunda atividade prática: levantamento e priorização de problemas

O produto da atividade são as matrizes de: sistematização da lista de problemas, priorização de problemas do estado de saúde da população e da unidade de saúde; e a matriz árvore de um dos problemas priorizados.

Estas matrizes devem ser postadas no AVA.

Para realizar esta atividade, você precisará de um momento de preparo (passos 1, 2 e 3), anterior à reunião para o levantamento, priorização de problemas e elaboração das árvores de problemas. Para este preparo, sugere-se que seja utilizado o turno de reunião de equipe.



PASSO 1

Identifique um local para realizar uma reunião com a comunidade; caso não exista, realize na própria Unidade.



PASSO 2

Convide as lideranças comunitárias (associações, lideranças e/ou pessoas representativas da área) para participar da reunião.

O convite deve contemplar o local, a data, o horário e a pauta (apresentação da territorialização e da análise da situação de saúde, identificação e priorização dos problemas de saúde da área).



PASSO 3

Junto à equipe, prepare o material a ser apresentado: sugere-se que sejam o mapa e alguns dados da área de abrangência da equipe, para que a apresentação não seja muito extensa. A equipe pode usar papéis, videoprojetor, encenação, cordel ou outros recursos que considere adequado. Leve também tarjetas em branco para os participantes escreverem.



PASSO 4

Inicie a reunião com a comunidade:

- Apresente as informações coletadas durante a territorialização, garantindo a participação dos presentes (equipe e comunidade);
- Estimule o grupo com as perguntas:

As informações refletem a realidade da área?

Que outros problemas a comunidade percebe que existem e que não foram contemplados na apresentação da equipe?



PASSO 5

Realize junto ao grupo o preenchimento da matriz lista de problemas, listando todos os problemas identificados na territorialização e também os apontados pela equipe e comunidade.

Escreva as informações da matriz do quadro 11 em um papel grande, como papel metro, para facilitar a visualização de todos.

Durante a reunião, os problemas que forem sendo apontados devem ser escritos em tarjetas e estas coladas na matriz.

Quadro 11 - Matriz para sistematização da lista de problemas.

SISTEMATIZAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS	
ITEM	PROBLEMA: O QUÊ? QUANDO? ONDE? QUEM?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.

É importante salientar que a listagem inicial de problemas não tem um número máximo a ser considerado. Entretanto, para viabilizar a metodologia do PPLS, sugere-se que no máximo doze problemas se mantenham elencados para o desenvolvimento da etapa de priorização. Neste sentido, com o objetivo de realizar uma triagem inicial, após a listagem de vários problemas, solicite que cada participante da oficina vote em doze problemas que considerar mais importantes, idealmente sendo seis do estado de saúde e seis da unidade de saúde, quando possível.



PASSO 6

A partir da lista de problemas apontados como mais importantes, aplique a técnica de priorização de problemas, conforme o Texto Base 2 – Dia 3.

Para o desenvolvimento da atividade, utilize separadamente as matrizes de priorização de problemas: uma delas é referente aos problemas do estado de saúde da população e a outra aos problemas da unidade de saúde. Se houver dúvida sobre um problema ser do estado de saúde ou da unidade de saúde, você pode recorrer à definição dos mesmos, no Texto Base 1 - Dia 4.

Quadro 12 - Matriz de priorização de problemas referente ao estado de saúde da população.

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE AO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO						
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É MUITO FREQUENTE? (MAGNITUDE)	O PROBLEMA É CONSIDERADO IMPORTANTE? (VALORIZAÇÃO)	HÁ CONHECIMENTOS E RECURSOS PARA QUE O PROBLEMA POSSA SER ENFRENTADO? (DISPONIBILIDADE DE TECNOLOGIA)	QUAL A QUANTIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIA PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (CUSTOS)	SOMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.

Quadro 13 - Matriz de priorização de problemas referente à unidade de saúde.

PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE À UNIDADE DE SAÚDE					
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É IMPORTANTE? (RELEVÂNCIA)	QUAL O PRAZO PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (URGÊNCIA)	OS RECURSOS EXISTENTES ESTÃO DISPONÍVEIS? (FACTIBILIDADE)	SOMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.



PASSO 7

Elabore apenas duas árvores de problema com a comunidade, conforme a matriz do quadro 13 e o Texto Base 1 - Dia 4, visto que o período de Interação entre Equipe e Território é curto e prevê apenas quatro turnos de atividade.

Dentre os problemas que foram selecionados para passar pela etapa de priorização, apenas o de maior pontuação do estado de saúde e o de maior pontuação da unidade de saúde serão trabalhados pela equipe nas demais etapas do PPLS. Assim, você terá duas matrizes de árvore de problema ao final: uma sobre o problema mais pontuado do estado de saúde e outra sobre o problema mais pontuado da unidade de saúde.

As demais árvores podem ser elaboradas posteriormente pela equipe durante o turno de reunião regular.

Quadro 14 - Matriz para construção da árvore de problemas.

ÁRVORE DE PROBLEMA	
Consequências	
Problema	
Causas	

Fonte: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010.

Terceira atividade prática: definição de objetivos, ações e programação operativa

O produto da atividade são as matrizes de definição de objetivos e programação operativa, a serem construídas a partir das árvores de problemas.

Estas matrizes devem ser postadas no AVA.



PASSO 1

A partir de cada problema (trabalhado nas árvores de problemas), elabore o objetivo geral e, a partir das três principais causas, elabore os respectivos objetivos específicos. Dessa forma, você terá construído, ao final, duas matrizes de árvore de objetivos, sendo uma para cada problema.

Sugere-se que seja construído um objetivo específico para cada uma das três causas consideradas mais relevantes.

É importante lembrar que os objetivos devem ser escritos com o verbo na forma nominal infinitivo (exemplos: ampliar, construir).

Quadro 15 - Matriz para árvore de objetivos

ÁRVORE DE OBJETIVOS	
Problema	
Objetivo geral	
Objetivo específico	

Fonte: FALLEIRO e PRIAMO (Adaptado de: TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010, VILASBÔAS; TEIXEIRA, 2001), 2019.



PASSO 2

Considere uma das matrizes de árvore de objetivos e, para cada objetivo específico, defina as ações e atividades que são necessárias para alcançá-lo, assim como os responsáveis e os prazos das ações/atividades. Com isso, você estará realizando o preenchimento da matriz de programação operativa (Quadro 17).

Para cada objetivo específico sugerem-se, no máximo, três ações/atividades.

Repita o processo considerando a outra matriz de definição de objetivos (outro objetivo geral), realizando o preenchimento da segunda matriz de programação operativa.

Ao final, você terá duas matrizes de programação operativa, sendo uma para cada objetivo geral.

Observe que não está sendo pedido que a matriz de análise de viabilidade, componente do PPLS, seja elaborada nem postada no AVA. Entretanto, durante a construção da programação operativa, é preciso estar atento para que não sejam propostas ações ou atividades para as quais a equipe tem pouca autonomia de realização, ou seja, ações fora da governabilidade da equipe, que dependam de decisões de outros e, assim dificultem a execução do plano. Se a equipe considerar necessária a elaboração da análise de viabilidade, a matriz pode ser construída conforme descrito do Texto Base 1 - 4.

Quadro 17 - Matriz de programação operativa.

PROGRAMAÇÃO OPERATIVA			
Problema			
Objetivo geral			
Objetivo específico	Ações/atividades	Responsáveis	Prazos

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO (Adaptado de TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010), 2019.

Pode acontecer de sua equipe utilizar outro método ou outras ferramentas para realizar o planejamento. Se preferirem assim, será ótima a experimentação, pois o importante é que consigam planejar com foco nas necessidades de saúde das pessoas e do território. Contudo, lembre-se de registrar todos os passos desse outro método para poder relatá-los aos colegas na próxima etapa do AP.

Relação de produtos/atividades práticas para postagem no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)



AVA – 1 Mapa da área de abrangência e 1 Relatório com informações da área de abrangência



AVA – 1 Matriz com a lista de problemas, 2 matrizes de problemas priorizados (estado de saúde e unidade de saúde) e 2 Matrizes árvore de problema (estado de saúde e unidade de saúde).



AVA – 2 Matrizes de árvore de objetivos e 2 Matrizes da programação operativa.



T E R C E I R A E T A P A

INTERAÇÃO PEDAGÓGICA

3ª etapa - Interação Pedagógica

DIA 5

Olá, Trabalhador(a). Reservamos um tempo maior para a troca de experiências, que será especial no dia de hoje, durante as apresentações das tarefas práticas. A partir delas também daremos continuidade ao PPLS, com a definição dos indicadores para o acompanhamento e avaliação da programação operativa. A seguir, apresentamos os objetivos e a proposta de cronograma para esse primeiro dia da 3ª etapa do Acolhimento Pedagógico.



Compartilhar as experiências das atividades práticas;



Aprofundar a reflexão a partir das experiências em território;



Compreender o que são indicadores e como são elaborados;



Exercitar os momentos finais do PPLS (definição de indicadores e monitoramento).

Quadro 19 - Programação do Dia 5.

3ª ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 5	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores.
08h30 às 10h	Apresentação das atividades práticas desenvolvidas na segunda etapa do AP.
INTERVALO	
10h15 às 12h	Continuação da atividade.
ALMOÇO	
13h30 às 15h30	PPLS: definição de indicadores.
INTERVALO	
15h45 às 17h30	PPLS: acompanhamento e avaliação da programação operativa.

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020,FALLEIRO; PRIAMO, 2020.



“O que é monitoramento?” - do Centro de Estudos Internacionais sobre Governo - CEGOV. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Gr_FJNpuUPs



“O que é avaliação?” - do Centro de Estudos Internacionais sobre Governo - CEGOV. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WVxsRTEz-Bg>



“O que são Indicadores?” - do Centro de Estudos Internacionais sobre Governo - CEGOV. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=2Ns1Bnmhrn4>



“Ferramentas de monitoramento dos indicadores de saúde” - da Diretoria da Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gw6kNyfva68>

O quadro abaixo deve ser utilizado na atividade de PPLS - Definição de Indicadores:

Quadro 20 - Indicadores para monitoramento da programação operativa.

INDICADORES PARA MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO OPERATIVA		
OBJETIVO ESPECÍFICO	AÇÕES/ATIVIDADES	INDICADOR

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2019.



Registre suas reflexões no Diário de Campo do Trabalhador. 



Texto Base 1 | Dia 5 – PPLS (continuação): definição de indicadores

O processo de planejamento e programação requer acompanhamento contínuo das ações, observando-se as mudanças de contexto que podem ocorrer durante a execução do plano. Para isso, é necessário definir indicadores de monitoramento e avaliação, a fim de medir o grau de cumprimento das atividades necessárias para se alcançarem os objetivos definidos (VILASBÔAS e TEIXEIRA, 2001; COSTA, PINHO e FERREIRA, 2015).

Mas, afinal, o que é um indicador?

Segundo Vilasbôas e Teixeira (2001), um indicador é uma medida utilizada para verificar determinada situação e pode ser expresso por número inteiro ou proporção. Durante o planejamento, há indicadores que são estabelecidos para monitorar o andamento dos trabalhos, acompanhar o que se faz nas ações, e assim medem a realização de um processo (como consultas a uma população-alvo, atividades educativas) ou entrega de um produto (elaboração de um relatório, publicação do regimento do Conselho de Saúde, construção de uma UBS). Tais indicadores traduzem o esforço empreendido pela equipe de saúde para realizar as ações e podem ser classificados como indicadores de processo ou, ainda, indicadores de produto (BRASIL, 2010c). Todos estes são úteis para verificar se as ações estabelecidas estão alcançando o que se pretendia com os objetivos específicos. São os que a equipe de saúde mais vai utilizar, pois dizem respeito ao dia a dia empreendido pela equipe.

Como posso construir indicadores para usar no PPLS?

Considere-se o problema “elevado número de casos de gestantes com sífilis”: na árvore de problemas, foram identificadas e selecionadas como principais causas deste problema: a existência de gestantes que não fazem pré-natal, as dificuldades relacionadas ao tratamento da(s) parceria(s) sexual (is) das gestantes e a baixa compreensão das gestantes e da(s) parceria(s) a respeito da doença. Esta última causa transformou-se em um dos objetivos específicos do plano: realizar atividades educativas sobre o tema sífilis. Uma ação considerada necessária é a realização de atividades como sala de espera sobre infecções sexualmente transmissíveis e sobre planejamento familiar (Quadro 21). Neste caso, o *número de salas de espera realizadas* com esses temas pode ser o indicador de processo ou esforço que a equipe vai utilizar para medir esta ação (Quadro 22). De forma semelhante, podem ser desenvolvidos indicadores para as outras ações/atividades, propostas para os demais objetivos específicos.

Veja o quadro a seguir:

Quadro 21 - Exemplo de programação operativa.

PROGRAMAÇÃO OPERATIVA			
PROBLEMA:	ELEVADO NÚMERO DE CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS, LOCAL X, ANO Y		
Objetivo geral:	Reduzir o número de casos de gestantes com sífilis, Local X, ano Y		
Objetivo específico	Ações/atividades	Responsáveis	Prazos
Realizar acompanhamento pré-natal das gestantes da área	Captação precoce das gestantes (até 12 semanas de gestação)	ACS	Jan a jun/2022
	Realização de testes rápidos para sífilis no 1º e 3º trimestres de gestação	Técnico de enfermagem	Jan a jun/2022
	Tratamento da gestante	Enfermeiro	Jan a jun/2022
Realizar busca ativa da(s) parceria(s) sexual(ais) das gestantes com resultados positivo no teste rápido	Realização de contato com a(s) parceria(s) sexual(ais) da gestante para orientação sobre os riscos da doença e a importância do tratamento	ACS	Jan a jun/2022
	Aplicação do teste rápido na(s) parceria(s) sexual(ais)	Técnico de enfermagem	Jan a jun/2022
	Instituição do tratamento para os casos positivos	Enfermeiro	Jan a jun/2022
Realizar atividades educativas sobre o tema	Realização de sala de espera semanalmente sobre IST	Dentista e ASB	Jan a jun/2022
	Realização de sala de espera semanalmente sobre planejamento familiar	ACS e técnico de enfermagem	Jan a jun/2022
	Orientações sobre sífilis nas consultas	Enfermeiro, dentista e médico	Jan a jun/2022

Fonte: DAB/SAIS/SESAB (Adaptado de TEIXEIRA; VILASBÔAS; JESUS, 2010), 2020.

Mas, durante o planejamento, há ainda indicadores que são estabelecidos para expressar, direta ou indiretamente, os benefícios no público-alvo decorrentes das ações empreendidas: estes são chamados indicadores de resultado (BRASIL, 2010c). Eles possuem uma amplitude maior de interpretação em relação aos indicadores de esforço e, por isso, também mostram melhor um cenário epidemiológico. São úteis para verificar se um conjunto de ações empreendidas (esforços) tem sido importantes no sentido de alcançar o que se pretendia com o objetivo geral.

Novamente, vamos considerar o problema “elevado número de casos de gestantes com sífilis, local X, ano Y”. Para este problema, o objetivo geral é reduzir o número de casos de sífilis em gestantes e então o indicador: *número de casos de sífilis* em gestantes, evidencia o quanto se alcançou o objetivo geral de reduzir o número de casos da doença na referida população.

Em algumas situações, a equipe consegue utilizar um indicador de resultado contemplando somente a área adscrita, a depender da desagregação que o sistema fonte dos dados oferece. Por exemplo, o *Número de casos de leptospirose*, o *Número de casos de hanseníase* e o *Número de casos de tuberculose*, estão disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN para a área adscrita de uma UBS. Outras vezes, só é possível um resultado para o município, podendo ser considerado um indicador de resultado de todas as equipes de saúde juntas (e todas as áreas adscritas). São exemplos de indicadores de resultado a maioria dos indicadores disponíveis no CAMAB – Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, como a *Taxa de internação por AVC*, a *Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica* e o *Número de óbitos maternos*.

Conforme descrito por Vilasbôas e Teixeira (2001), após definir qual indicador será utilizado, devem ser definidas a fonte de informação para a coleta do mesmo, a periodicidade das coletas e as formas de divulgação dos resultados, que pode ser a apresentação na reunião do Conselho Municipal de Saúde ou uma sala de situação na UBS, por exemplo. Observe o quadro 22, que contém o desenvolvimento de indicadores para o problema elevado número de casos de gestantes com sífilis.



A divulgação e transparência dos resultados aproxima a comunidade da equipe e estimula a participação e o controle social.

Quadro 22 - Exemplo de indicadores para monitoramento da programação operativa.

OBJETIVO ESPECÍFICO	AÇÃO	INDICADOR	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE DA COLETA	FORMAS DE DIVULGAÇÃO
Realizar atividades educativas sobre o tema	Realização de sala de espera. semanalmente sobre IST	Número de Salas de espera Número de participantes (gestantes) que participaram	e-SUS – relatório de atividade coletiva no item atividade, educação em saúde e-SUS – relatório de atividade coletiva no item público-alvo	Mensal	Sala de situação da UBS Relatório anual da Equipe Redes sociais
	Realização de sala de espera. semanalmente sobre planejamento familiar	Número de Salas de espera Número de participantes (gestantes) que participaram	e-SUS – relatório de atividade coletiva no item atividade. e-SUS – relatório de atividade coletiva no item público-alvo	Mensal	Sala de situação da UBS Relatório anual da Equipe Redes sociais
	Orientações sobre sífilis nas consultas	Número de consultas de pré-natal	E-SUS – relatório de atendimento individual no item problemas e condições avaliadas (pré-natal) e/ou problemas e condições avaliadas -outros CID 10	Mensal	Sala de situação da UBS Relatório anual da Equipe Redes sociais

Fonte: DAB/SAIS/SESAB (Adaptado de TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2001), 2020.

Ao preencher as planilhas da programação operativa, devem ser indicados responsáveis pelo desenvolvimento de cada ação. Da mesma forma, deve-se indicar um ou mais responsáveis pelo monitoramento do plano na sua totalidade, observando se estão sendo desenvolvidas e cumpridas as ações previstas e se os registros estão sendo realizados, a fim de gerar o conteúdo necessário para a etapa de avaliação do plano. Importa também ressaltar a necessidade de definição cuidadosa de prazo, se este deve ser específico para determinado mês, ou se é melhor definir um trimestre ou semestre, de modo que se possa garantir a execução das ações/atividades.

Um planejamento não acaba em sua formulação inicial. Ele deve ser visitado periodicamente (monitoramento), avaliado e ajustado quando necessário. Assim, no PPLS, o monitoramento do plano se chama acompanhamento e avaliação da programação operativa.

O monitoramento (de um plano) pode ser definido como o acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos pré-definidos. Deve ser realizado de forma contínua, possibilitando aferir as metas, comparar o alcançado com o desejado, permitindo também que se façam adaptações às mudanças que podem acontecer durante o desenvolvimento do planejamento (CONASS, 2016; BLANKE *et al.*, 2013).

Durante o monitoramento das ações, algumas questões devem ser respondidas: estamos agindo dentro do prazo? Os recursos humanos, financeiros, materiais e equipamentos estão disponíveis? É preciso adaptar o planejamento? Como estamos gerindo o estresse e as dificuldades em relação ao plano? Como minimizamos os riscos? Será que estamos realmente realizando o plano original ou estivemos tão ocupados que cegamente se mudou para uma direção completamente nova? (BLANKE *et al.*, 2013).

As respostas a esses questionamentos permitem a identificação da necessidade da revisão do PPLS sempre que necessário, conferindo uma dinâmica diferenciada ao processo de planejamento estabelecido, o que facilita sua institucionalização (BAHIA, 2009).

ATENÇÃO!

A situação retratada abaixo pode comprometer todo o planejamento.



Esta é uma história de quatro pessoas:

TODO MUNDO, ALGUÉM, QUALQUER UM e NINGUÉM.

Havia um trabalho importante a ser feito e

TODO MUNDO tinha certeza de que **ALGUÉM** o faria.

QUALQUER UM poderia tê-lo feito, mas **NINGUÉM** o fez.

ALGUÉM zangou-se porque era um trabalho de **TODO MUNDO**.

TODO MUNDO pensou que **QUALQUER UM** poderia fazê-lo, mas **NINGUÉM** imaginou que **TODO MUNDO** deixasse de fazê-lo.

Ao final, **TODO MUNDO** culpou **ALGUÉM** quando **NINGUÉM** fez o que **QUALQUER UM** poderia ter feito.”



Fonte: <http://www.contandohistorias.com.br/historias/2004302.php#.XgImlkdKjIV>

**PARA SABER MAIS!**

Conheça os enfoques metodológicos do planejamento em saúde, bem como a experiência da secretaria municipal da saúde de Salvador e do Estado da Bahia no livro em formato digital: Planejamento em Saúde: Conceitos, métodos e experiências, organizado por Carmen Teixeira, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2c%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>



Assista a webpalestra do Telessaúde Bahia sobre monitoramento e avaliação, que apresenta as Ferramentas de monitoramento dos indicadores de saúde da Diretoria da Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <https://youtu.be/gw6kNyfva68>

3ª etapa - Interação Pedagógica

DIA 6

Trabalhador(a), a partir de agora, abordaremos assuntos estruturantes para o desenvolvimento das atividades das equipes de AB: o processo de trabalho em saúde, a construção da agenda da equipe e o conhecimento de diversas tecnologias que contribuem com o cotidiano do trabalho com o usuário e a família. Assim, após a conclusão do AP, os trabalhadores retornarão ao território com mais ferramentas para aprimorar a sua atuação. Acompanhe a seguir os objetivos e a proposta de cronograma para esse dia.

- ✓ Conhecer e refletir sobre as atribuições dos trabalhadores da equipe;
- ✓ Discutir sobre o trabalho em equipe, integrando as equipes multiprofissionais, quando houver;
- ✓ Refletir sobre as possibilidades de organização de agenda integrada da equipe;
- ✓ Discutir sobre estratégias, métodos, dispositivos e ferramentas que contribuem com o cuidado ao usuário e à família.

Quadro 23 - Programação do Dia 6.

3º ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 6	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 10h	A importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Básica (AB)
INTERVALO	
10h15 às 12h	Continuação da atividade
ALMOÇO	
13h30 às 15h30	Agenda das equipes de Saúde da Família Tecnologias que contribuem com o cuidado em saúde
INTERVALO	
15h45 às 17h30	Continuação da atividade

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020.

O quadro abaixo deve ser utilizado na atividade sobre trabalho em equipe:

Quadro 24 - Matriz para sistematização da reflexão do grupo sobre trabalho em equipe

LIMITAÇÕES	POTENCIALIDADES
HABILIDADES NECESSÁRIAS À EQUIPE DESENVOLVER	

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2020, DAB/SAIS/SESAB, 2020.

Quadro 25 - Matriz para demonstração de agenda

MÉDICO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Matutino					
Vespertino					
ENFERMEIRO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Matutino					
Vespertino					
DENTISTA	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Matutino					
Vespertino					

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.



Registre suas reflexões no Diário de Campo do Trabalhador. 



Texto Base 1 | Dia 6 – A importância do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família e Atenção Básica

“Trabalhar com pessoas nunca é fácil, muita gente acredita que [é] trabalho braçal. É não. Mas difícil e sofrido [o trabalho braçal] porém tem suas rotinas na qual já se sabe sua tarefa e o organismo se adapta, já no nosso caso, cada dia é único, não fazemos ideia do que esperar, podemos tentar se organizar e se antever em algumas tarefas porém o fator pessoas, o fator gente, sempre irá nos surpreender, seja para o bem ou para tentar nos colocar para baixo, todavia quero dizer que estou feliz e orgulhoso de trabalhar com as pessoas que hoje trabalho, bom fim de semana e bom feriado.” (mensagem de um trabalhador de uma UBS, enviada por whatsapp para sua equipe. Ano 2019)

A implantação do PACS e do PSF, na década de 90, expressou o resultado de um movimento internacional para a qualificação da assistência à saúde. Considerando que, para atender às necessidades da população, deve-se estar mais próximo das pessoas e compreender o espaço em que vivem e todo seu contexto social, o PSF foi adotado como estratégia para uma mudança de modelo de atenção no SUS, a partir da AB.

O trabalho em saúde constitui uma construção permanente em relação a um bem simbólico, o processo saúde-doença, que é produzido social e historicamente. E, portanto, o resultado deste trabalho está relacionado às condições de vida e de existência de determinado grupo social (FORTUNA, 1999). Destaca-se, ainda, o aspecto inter-relacional do trabalho em saúde, cujo produto resulta da relação trabalhador-usuário, ou, em equipe, trabalhador-trabalhador (FORTUNA et al, 2005).

Considerando as características acima citadas acerca do trabalho em saúde, compreende-se que a implantação do PSF, de forma isolada, não garante a mudança modelo de atenção, sendo necessária uma mudança na prática do cuidado em saúde, ou seja, a reorganização do processo de trabalho na AB é o pressuposto para uma mudança assistencial. Neste sentido, o trabalho em equipe multiprofissional, além de promover mudanças na organização do processo de trabalho, possibilita intervir sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares (ARAÚJO e ROCHA, 2007, p.456).

Desde a implantação do PACS e do PSF, a equipe de SF e AB vem se ampliando, com uma maior diversidade de categorias profissionais que atuam neste nível de atenção. Inicialmente, as equipes contavam com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS (equipe mínima). Posteriormente, foram incluídos na ESF, o Agente de Combate às Endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal; além do NASF-AB com a possibilidade de atuação de outras categorias profissionais. Esta diversidade amplia o escopo das ações e a capacidade resolutiva da equipe, dada a complexidade dos problemas de saúde, como já vimos ao abordar o tema dos DSS (FORTUNA, 1999; BRASIL, 2017).

Observe, ainda, que numa equipe de UBS existem múltiplas divisões dentro de um mesmo espaço e dentro de uma mesma equipe. Estas divisões são orientadas por diferentes motivações e podem expressar as relações de vínculo e de conflito entre os profissionais. As Equipes Flor 1 e Flor 2, por exemplo, possuem uma composição multiprofissional, que as caracteriza como uma equipe, com um objetivo comum de atender às necessidades da população adscrita, mas existem também subdivisões, como a equipe de ACS com a enfermeira supervisora; a equipe de odontologia; a equipe dos profissionais que não são da saúde, como a recepcionista, vigilante, auxiliar de limpeza; pode se conformar também uma equipe por categoria profissional, etc. Estes diferentes agrupamentos vão acontecendo, de forma consciente ou inconsciente, a depender das necessidades de cada sujeito dentro deste grupo maior, que são as equipes Flor 1 e 2. Assim, Fortuna (1999) descreve a imagem de uma teia, de diversos fios, em direções antagônicas e convergentes, destacando ainda o intercâmbio entre a satisfação de usuários e trabalhadores.

O trabalho em equipe multiprofissional, portanto, é construído por meio de interação entre pessoas com especificidades próprias, e as múltiplas intervenções técnicas e de profissionais de diferentes áreas (PEDUZZI, 2001; FORTUNA, 1999). Considerando-se o trabalho em equipe na AB, estamos nos referindo a relações que são de trabalho, interpessoais, intersubjetivas, de competição, de cooperação, de poder, entre tantas outras.

Podemos observar, portanto, que o desenvolvimento de um trabalho em equipe extrapola as habilidades técnicas das categorias profissionais e se expande para uma interação entre trabalhadores que pode gerar um outro produto, que não seja apenas a soma de intervenções técnicas sobre um indivíduo. Como exemplo, podemos citar o caso guia, em que há um número alto de gestantes com sífilis, o que impõe à equipe a necessidade de se reunir e elaborar um plano de ação. Neste caso, o médico e o enfermeiro podem ampliar os atendimentos de Pré-Natal, a fim de atender um número maior de gestantes; mas também podem realizar, juntos, atividades educativas sobre o tema. Esta segunda atividade expande a atuação dos dois profissionais para além da habilidade técnica relacionada à categoria profissional, e permite inclusive que eles realizem outras atividades, como fazer programa de rádio, realizar busca ativa junto com os ACS etc.

Para Araújo e Rocha (2007), a importância do diálogo na busca do consenso constitui elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Isso aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática comunicativa. O trabalho em equipe “provoca” a escuta do outro, o que pressupõe o estabelecimento de um canal de comunicação (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Segundo Barros (2015), são atributos do trabalho em equipe: agir de forma colaborativa na qual busca participar da construção de um projeto comum para a atuação da equipe; estar disponível para participar de encontros regulares para a discussão da organização do processo de trabalho da equipe; estabelecer comunicação direta com os colegas compreendendo o conflito como uma dimensão inerente ao trabalho em equipe e como potência para gerar crescimento e construir a inovação; reconhecer a interdependência de ações entre os integrantes da equipe.

De acordo com o item 4- Atribuições dos Profissionais da Atenção Básica, no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017, onde consta a Política Nacional de Atenção Básica (disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html, acesso em janeiro/2021), as atribuições comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica são:

- I. Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- II. Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e

dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- III. Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- IV. Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;
- VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;
- XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica;
- XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

- XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- XXV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- XXVI. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações interseoriais;

XXVII. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVIII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

Você pode conhecer também as atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica na Política Nacional de Atenção Básica – Operacionalização da Portaria de Consolidação nº 2/2017, Anexo XXII, Anexo 1, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html (acesso em janeiro/2021).



PARA SABER MAIS!



O site da Rede Humaniza apresenta relatos de experiências de atividades desenvolvidas na AB no país inteiro. Ficou curioso? Quer conhecer outras equipes e saber mais sobre o trabalho em equipe e outras experiências da AB? Acesse: <http://redehumanizasus.net/>

Para aprofundar as reflexões sobre o trabalho em equipe, sugerimos a seguinte leitura complementar de relatos de experiências de profissionais da saúde sobre sua atuação na AB:

Livro: **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à saúde: a realidade e a utopia.** Edufscar, 2010.

1. *Onde está a dentista?* Ananyr Porto Farjado
2. *Aconselhamento Dietético: experimentando a integralidade na prática do atendimento nutricional clínico.* Ingrid D'Avila Freire Pereira
3. *O processo de cuidado na APS a partir de uma solicitação de visita domiciliar.* Rodrigo Carpio leite de Castro;

Livro: **Estórias da rua que foi Balsa.** Trilhas e intuições na Educação Popular em Saúde. Guayaboedições, 2016.

1. *Eu não nasci enfermeiro (me construí).* Ernande Valentim do Prado.
2. *Diário de uma semana.* Maria Amélia Mano.
3. *Vai vendo: estratégia de saúde do cada um no seu quadrado.* Ernande Valentim do Prado.



Os textos também estão disponíveis, na íntegra, no blog <http://balsa10.blogspot.com/>



Texto Base 2 | Dia 6 – Agenda das equipes da Atenção Básica

A agenda dos profissionais é recurso-chave para ampliar o acesso aos usuários, otimizar o tempo, priorizar e programar a assistência com base na análise das necessidades de saúde da população. Essa organização contribui para uma ação integrada da equipe, multiprofissional e interdisciplinar, assim como para a garantia de continuidade do cuidado (programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários (BRASIL, 2017).

Para que isso aconteça, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, oferta de atendimentos agudos e oferta de retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas (BRASIL, 2017).

Segundo Pinto e Coelho (2008), a composição de uma proposta de agenda de trabalho da equipe deve considerar as seguintes questões: as características da população adscrita; a capacidade da equipe de realização de ações de saúde; as ações de saúde propostas pela equipe ou pelo serviço de saúde para serem implementadas junto à população adscrita; as características individuais, como o tipo de formação e a capacidade de trabalho de cada membro da equipe, entre outras.

De acordo com as experiências vivenciadas pela Diretoria de Atenção Básica da Bahia junto às equipes de Saúde da Família, são identificados a seguir alguns exemplos de agenda:

Quadro 26 - Exemplo 1: Agenda orientada por ficha.

MÉDICO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	18 fichas	18 fichas	18 fichas	18 fichas	18 fichas
Tarde	18 fichas	18 fichas	18 fichas	18 fichas	18 fichas
ENFERMEIRO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	Pré-natal	Criança	Pré-natal	Criança	Exame preventivo
Tarde	Reunião com ACS	Visitas	Visitas	Grupo	Reunião com ACS
DENTISTA	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	10 fichas agendadas 02 senhas de urgência	10 fichas agendadas 02 senhas de urgência	10 fichas agendadas 02 senhas de urgência	10 fichas agendadas 02 senhas de urgência	10 fichas agendadas 02 senhas de urgência
Tarde	12 fichas agendadas	12 fichas agendadas	12 fichas agendadas	12 fichas agendadas	12 fichas agendadas

Quadro 27 - Exemplo 2: Agenda orientada por programa.

MÉDICO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	08 senhas 10 Programa HAS/DIA	08 senhas 10 Programa Criança	18 senhas	08 senhas 10 Programa Criança	08 senhas 10 Programa mulher
Tarde	08 senhas 12 Programa	08 senhas 10 Programa	08 senhas 10 Programa	Visita Domiciliar	Reunião de equipe
ENFERMEIRO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	Grupo e Pré- Natal	Grupo e Criança	Grupo e Pré- Natal	Grupo e Criança	Grupo e Exame preventivo
Tarde	Educação Permanente	Visitas	Visitas	Grupo	Reunião de Equipe
CIRURGIÃO - DENTISTA	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	08 Crianças + 02 urgências	Micro área 2	Micro área 3	Hipertensos, diabéticos, gestantes	Micro área 6
Tarde	Micro área 1	Educação em Saúde	Micro área 4	Micro área 5	08 Crianças + 02 urgências

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.

Os exemplos 1 e 2 de organização de agenda, apesar de coexistirem com os demais modelos que serão apresentados, não são recomendados, pois não ocorrem de acordo com as necessidades dos usuários. O acesso por meio de distribuição de senhas promove a formação de filas antes do início do expediente da equipe, inclusive durante a madrugada (o que é muito comum); privilegia aqueles que conseguem chegar cedo na fila ou que moram mais perto, em detrimento de outros; pode gerar tempo ocioso de trabalho dos profissionais às tardes/ao final do dia e nem sempre garante os atendimentos de casos urgentes. Já o acesso à unidade apenas por programas de saúde, ainda que pensado para garantir o atendimento aos grupos considerados prioritários (mulheres, gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos), não o torna equânime, pois contempla somente algumas pessoas, excluindo a atenção aos demais usuários que não se enquadrem nesses perfis. Além disso, pode não garantir o atendimento às urgências na atenção básica e à demanda espontânea.

As agendas 3, 4 e 5 são agendas que indicam o acolhimento à demanda espontânea, ainda que sejam organizadas de maneiras distintas. O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, podendo acontecer de diversas maneiras. O fundamental no acolhimento à demanda espontânea, mais especificamente na Atenção Básica, é a inclusão do usuário a partir da escuta dos seus problemas, independente se o mesmo está ou não incluído em determinados grupos populacionais. Neste sentido, o acolhimento amplia o acesso da população, uma vez que contempla tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, de acordo com a necessidade do usuário e dinâmica da Equipe (BRASIL, 2014d).

Quadro 28 - Exemplo 3: Agenda com momento para acolhimento à demanda espontânea.

MÉDICO E ENFERMEIRO		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	8h - 8h30	Organização da UBS e Atividade de Sala de Espera (ACS, Técnico de enf., Auxiliar de Saúde Bucal).				
		Acolhimento e atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento (Enfermeiro).				
	8h30 - 9h30	Consultas de Pacientes do Acolhimento.				
	9h30 - 10h30	Agendado Normal (sem Risco Adicional).				
	10h30 - 11h30	Agenda Rápida (c/ Risco e/ou Situação que exige atenção rápida).				
	11h30 - 12h30	Cuidado Longitudinal e Continuado.				
Tarde	13h30 - 15h	Consultas de Pacientes do Acolhimento.				
	15h - 15h30	Consultas de Pacientes do Acolhimento	Retornos em Atividade Coletiva	Reunião Equipe/ Educação Permanente Atividade Coletiva (grupos)	Retornos em Atividade Coletiva	Cuidado Longitudinal e Continuado
	15h30 - 17h		Visita Domiciliar		Atividade Coletiva (grupos)	
CIRURGIÃO - DENTISTA		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã		10 Consultas de demanda espontânea	10 Consultas de demanda espontânea	10 Consultas de demanda espontânea	10 Consultas Agendadas	10 Consultas de demanda espontânea
		Levantamento epidemiológico	10 Consultas Agendadas Visita Domiciliar	Reunião Equipe/ Educação Permanente	Grupo Visita Domiciliar	10 Consultas Agendadas

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.

Quadro 29 - Exemplo 4: Agenda com acolhimento à demanda espontânea em dois períodos e com a participação de médico, enfermeiro e dentista.

MÉDICO E ENFERMEIRO		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	8h-9h	Organização da UBS e Atividade de Sala de Espera (ACS, Técnico de enf., Auxiliar de Saúde Bucal).				
		Atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento para consulta no dia (Enfermeiro, Dentista e Médico).				
	9h-12h	Consultas agendadas.				
Tarde	12h-13h	Rodízio de profissionais para manter acolhimento na UBS.				
	13h-14h	Atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento para consulta no dia (Enfermeiro, Dentista e Médico).				
	14h-15:30	Consultas agendadas	Visita domiciliar Atividade Coletiva	Consultas agendadas	Reunião Equipe/ Educação Permanente e Avaliação. Atividade Coletiva	Consultas agendadas
CIRURGIÃO - DENTISTA		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	8h-9h	Acolhimento e atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento				
	9h-12h	06 Consultas de demanda espontânea	06 Consultas Agendadas	06 Consultas de demanda espontânea	06 Consultas Agendadas	06 Consultas de demanda espontânea
Tarde	12h-13h	Rodízio de profissionais para manter acolhimento na UBS				
	13h-14h	Acolhimento e atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento				
	14h-17h	06 Consultas Agendada	06 Consultas Agendadas	Reunião Equipe/ Educação Permanente	Grupo	06 Consultas Agendas

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.

Quadro 30 - Exemplo 5: Agenda organizada por bloco de horas.

MÉDICO E ENFERMEIRO		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	8h-9h	Organização da UBS e Atividade de Sala de Espera (ACS, Técnico de enf., Auxiliar de Saúde Bucal).				
		Acolhimento Atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento para consulta no dia (Enfermeiro, Dentista e Médico).				
	9h-10h	3 Consultas agendadas (med) 1 consultas pré-natal (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 preventivos (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)
	10h-11h	3 Consultas agendadas (med) 1 consultas pré-natal (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 preventivos (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)
	11h-12h	3 Consultas agendadas (med) 1 consultas pré-natal (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 preventivos (enf)	3 Consultas agendadas (med) 2 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)

MÉDICO E ENFERMEIRO		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Tarde	12h - 13h	Acolhimento (Rodízio de profissionais para manter acolhimento na UBS)				
		Atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento para consulta no dia (Enfermeiro, Dentista e Médico).				
	14h-15h	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agen- dadas (med) 3 consultas agen- dadas (enf)	Reunião Equipe/ Educação Perma- nente e Avaliação / Ativi- dade coletiva com e/ ou sem procedimen- to (uma vez ao mês).	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)
	15h-16h	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agen- dadas (med) 3 consultas agen- dadas (enf)		3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)
	16h-17h	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agendadas (enf)	3 Consultas agen- dadas (med) 3 consultas agen- dadas (enf)		3 Consultas agendadas (med) 3 consultas agenda- das (enf) agendadas (med)

CIRURGIÃO - DENTISTA		SEG	TER	QUA	QUI	SEX
Manhã	8h-9h	Acolhimento e atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento				
	9h-12h	02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea
		02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea
		02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea	02 Consultas Agendadas	02 Consultas de demanda espontânea
	12h - 13h	Rodízio de profissionais para manter acolhimento na UBS				
	13h - 14h	Acolhimento e atendimento das demandas encaminhadas pelo acolhimento				
Tarde	14h - 15h	02 Consultas Agendadas	02 Consultas Agendadas	Reunião Equipe/ Educação Permanente 02 Consultas Agendadas 02 Consultas Agendadas	Atividade coletiva (com e/ou sem procedimento)	02 Consultas Agendadas
	15h-16h	02 Consultas Agendadas	02 Consultas Agendadas			02 Consultas Agendadas
	16h-17h	02 Consultas Agendadas	02 Consultas Agendadas			02 Consultas Agendadas
		02 Consultas Agendadas	02 Consultas Agendadas			02 Consultas Agendadas

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020.

A agenda com blocos de horas compreende agendar, por exemplo, 3 usuários para o médico no bloco de 9 às 10h, mais 3 no bloco de 10 às 11h, e assim por diante, de acordo com a capacidade do profissional. Essa forma de organizar reduz a quantidade de pessoas que precisam chegar na unidade de saúde ao início da manhã ou da tarde, evita acumular pessoas esperando na recepção, proporciona ao profissional chamar o usuário seguinte caso o usuário do horário anterior falte ou atrase-se, além de possibilitar que os atendimentos e procedimentos que vão ser realizados sejam otimizados para cada usuário. Assim, se um usuário do bloco de 9 às 10h vai ser atendido pelo médico e precisa também receber uma dose de vacina, o agendamento permite essa previsão dentro daquele mesmo bloco.

Apesar dos vários exemplos apresentados anteriormente, a agenda não deve ser padronizada para todas as equipes e precisa ser revisada periodicamente, de acordo com as necessidades da população assistida e com a capacidade de operacionalização da agenda pela equipe, o que está relacionado com o estado de desenvolvimento da equipe de saúde na realização do trabalho comum. Assim, a equipe deve buscar fazer sua agenda de forma que contemple melhor as diretrizes de organização abaixo:

- ✓ Realização de acolhimento à demanda espontânea, utilizando-o como dispositivo de organização do serviço; ou seja, os usuários acolhidos devem ter o atendimento priorizado de acordo com a condição clínica e/ou social apresentada;
- ✓ Garantia de atendimento às urgências sem comprometimento dos demais atendimentos (agendados ou espontâneos);
- ✓ Equilíbrio da carga horária da equipe entre atendimentos individuais e atividades coletivas para os usuários. Isto significa que deve haver momentos de consultas, mas precisam ser previstas atividades de educação em saúde (salas de espera, mobilização social, grupos e outros) e a realização de procedimentos coletivos;
- ✓ Garantia de momento para a equipe reunir-se, tendo a participação de todos os membros. Nas reuniões a equipe promove o alinhamento do processo de trabalho, discute casos importantes dos usuários, revisa o perfil epidemiológico da área, realiza educação permanente e outros aspectos.

Em relação às equipes de NASF-AB, segundo Brasil (2014b), são elementos constituintes da agenda:

- ✓ Reuniões de matriciamento com as equipes de referência, que são as equipes de Atenção Básica com as quais o NASF atua. A periodicidade das reuniões é variável, conforme a modalidade de NASF-AB e o contexto (recomendação de que seja, no mínimo, mensal, desde que haja também possibilidade de contato à distância);
- ✓ Atendimentos individuais (específicos e compartilhados);
- ✓ Atendimentos domiciliares (específicos e compartilhados);
- ✓ Grupos e atividades coletivas (específicas e compartilhadas);
- ✓ Espaço na agenda destinado à elaboração de materiais de apoio, rotinas, protocolos e outras ações de educação permanente. Recomenda-se reservar na agenda sob demanda, quando acordado com as equipes vinculadas;

- ✓ Reunião entre os profissionais do NASF-AB e, se possível, também com os profissionais de outros NASF e de outros pontos de atenção do município.
- ✓ Exemplos de disposição dos elementos estruturantes da agenda (BRASIL, 2014b):
- ✓ NAFS-AB com 5 a 9 equipes de Atenção Básica vinculadas (profissionais com carga horária de 40 horas por semana)
 - Reunião em equipe NASF-AB: 2 a 4 horas por semana
 - Reunião de matriciamento: uma reunião por mês por equipe de Atenção Básica vinculada, com duração mínima de 2 horas
 - Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana
 - Turnos para ações específicas do profissional do NASF-AB (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda
- ✓ NAFS-AB com 3 a 4 equipes de Atenção Básica vinculadas (profissionais com carga horária de 40 horas por semana)
 - Reunião em equipe NASF-AB: 2 a 4 horas por semana
 - Reunião de matriciamento: uma reunião quinzenal por equipe de Atenção Básica vinculada, com duração de aproximadamente 2 horas
 - Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): pelo menos dois a três turnos por semana
 - Turnos para ações específicas do profissional do NASF-AB (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda
- ✓ NAFS-AB com 1 a 2 equipes de Atenção Básica vinculadas (profissionais com carga horária de 20 horas por semana)
 - Reunião em equipe NASF-AB: 2 horas por semana
 - Reunião de matriciamento: 1-2 reuniões semanais por equipe de Atenção Básica vinculada, com duração de aproximadamente 2 horas
 - Turnos para ações compartilhadas (individuais ou coletivas): um a dois turnos por semana
 - Turnos para ações específicas do profissional do NASF-AB (individuais ou coletivas): conforme disponibilidade de agenda



“Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião (BRASIL, 2009)”.



Conheça mais na página 55 do material da PNH, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf



PARA SABER MAIS!



Assista o vídeo do Dr. Pablo Araújo Alves, sobre a situação da Saúde no Brasil, formas de organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, e gestão da demanda programada. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=804rnAspcQU>



Consulte o Caderno da Atenção Básica nº 28, volume I, sobre o acolhimento à demanda espontânea. Acesse e saiba mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf



Texto Base 3 | Dia 6 – Tecnologias para o cuidado em saúde

Destacamos a seguir algumas das Tecnologias para o cuidado em saúde de grande relevância para o trabalho na Atenção Básica:

1. **RODA DE CONVERSA:** trata-se de uma forma de desenvolver atividades de educação em saúde. Tem origem no **círculo de cultura**, utilizado por Paulo Freire para alfabetização de adultos. Consiste em organizar as pessoas dispostas em círculo, a fim de que todos se olhem e se vejam. Não existe um palestrante, um professor. Na perspectiva de que todos ensinam e todos aprendem, há um “animador”, que coordena a roda, promovendo o diálogo e debate sobre um tema. O mesmo deve ter conhecimento sobre o assunto a ser explorado, a fim de evitar que o grupo perca o foco, garantindo a fluidez do debate. É importante, também, a presença de um relator e de alguém que faça as inscrições e controle o tempo de fala, a fim de garantir a participação e expressão de todos. O ideal é que tenha de 15 a 20 participantes (VOCÊ...,2019).



PARA PENSAR E REFLETIR:

Se o profissional de saúde reunir as pessoas em círculo para fazer uma palestra, ele está fazendo uma roda de conversa?



PARA SABER MAIS!



Série SUS - Você sabe como fazer uma roda de conversa? <https://youtu.be/cy8rxq8xNj8> (7'30")



Conheça a experiência sobre adesão ao exame papanicolau, disponível em: <http://redehumanizasus.net/cha-do-bem-estar-papanicolau-conhecimento-e-adesao-ao-exame-e-a-estrategia-do-psf-caic-ii/>

2. **CLÍNICA AMPLIADA:** é uma forma de abordagem à situação das pessoas que buscam o serviço de saúde. Pressupõe uma visão ampliada sobre o processo saúde-doença, tendo como eixo central o usuário, ou seja, não se deve priorizar uma ou outra abordagem disciplinar sobre determinada situação, mas sim integrá-las, buscando o que mais se adequar àquela situação. Possui como eixos: a concepção ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; a ampliação do objeto de trabalho e a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho. Reconhece a dimensão inter-relacional como base do trabalho na AB (BRASIL, 2009).



PARA PENSAR E REFLETIR

A que se propõe a clínica ampliada? Conheça o relato de uma turma do Mestrado Profissional de Ensino da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, disponível em: <http://redehumanizasus.net/clinica-ampliada/>



PARA SABER MAIS!



A publicação da PNH sobre **Clínica ampliada e compartilhada**, traz seu conceito na página 11. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf

3. **FLUXOGRAMA DESCRITOR (ANALISADOR)**: é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho que contribui para a realização de uma análise do mesmo, a partir daquilo que acontece cotidianamente com o usuário no serviço. É uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho no cotidiano. Nesta análise, são identificadas as relações entre os trabalhadores e usuários, os nós críticos do processo de trabalho, as relações de interesse e de poder, processos decisórios centralizados, etc. O intuito é que, ao se retratarem todos os processos, se construa um fluxo para que o trabalho flua de forma mais organizada e eficiente. Três premissas são importantes para a elaboração de um fluxograma descritor: 1) reconhecer que o fluxograma é uma ferramenta e, por consequência, um meio de produzir análise e autoanálise do processo de trabalho; 2) deve ser elaborado centrado no usuário; 3) deve ser feito com a própria equipe inserida no processo de trabalho (BRASIL, 2005; FRANCO, 2017).



PARA SABER MAIS!



Você pode acessar na pág. 77 do Livro amarelo “Curso de Formação de Facilitadores de EPS”, disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf



Conheça o relato do Rogério Café Pessoa no site da Rede Humaniza. Ele comenta sobre a realização de uma oficina na USF João Sampaio. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/oficina-para-construir-o-fluxograma-analisador-do-processo-de-trabalho/>



Assista também ao vídeo do professor Túlio Franco (7'22") <https://www.youtube.com/watch?v=SGnEbjU4X-s>

4. **USUÁRIO-GUIA:** é o relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde [...]. Um encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário, incluindo todos os outros encontros que atravessam esta relação: com outros profissionais, com a família, com outros serviços de saúde, com o bairro, etc. Encontro de encontros...[...] (EPS em MOVIMENTO, 2014).

É uma das possibilidades para colocar em análise o cuidado realizado a partir da elaboração de narrativas (EPS em MOVIMENTO, 2014).



PARA SABER MAIS!



Utilizando o link <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia> para acessar as pistas de como elaborar uma narrativa partindo do usuário-guia.

Conheça uma narrativa de caso guia, que contribuiu para um momento de educação permanente com uma equipe de saúde do território da atuação da apoiadora do projeto “Sífilis Não”¹³, Vania Priamo. Disponível no kit facilitador.

5. **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS):** é um instrumento que contribui para organização do conjunto de propostas de condutas terapêuticas, para um sujeito individual ou coletivo, elaborado entre equipe e usuário. É uma variação de caso clínico, tendo sido bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014b).



PARA SABER MAIS!



Quer conhecer mais sobre os quatro momentos em que se desenvolve o PTS? Leia a pág.74 do Caderno de Atenção Básica nº 39: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf



Na publicação da PNH, página 39, há mais informações sobre PTS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf



Conheça o relato do contato inicial da equipe com o PTS, feito por Franklin, em: <http://redehumanizaus.net/projeto-terapeutico-singular-aproximacoes-iniciais-estranhamentos-e-possibilidades-de-trabalho-na-usf-da-comunidade-do-pontal-da-barra-maceio-al/>



e uma experiência na USF Santarém, em Natal/RN: <http://redehumanizaus.net/78186-um-olhar-multiplas-conclusoes-relato-de-experiencia-na-usf-santarem/>

6. **GENOGRAMA E ECOMAPA:** o genograma busca organizar os dados referentes à família e

13. Projeto “Sífilis Não” é uma parceria OPAS, OMS, Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para apoio a 100 municípios prioritários para organização de ações de enfrentamento da sífilis. Projeto vigente entre 2017 e 2020. Para saber mais, acesse: www.sifilisnao.com.br.

seus processos relacionais, já o ecomapa mapeia as redes, apoios sociais e ligações da família com a comunidade. Ambos os instrumentos costumam ser utilizados em associação, tanto para fins diagnósticos, quanto em planejamento de ações em saúde. Através da produção de um retrato gráfico, representam-se as relações dentro do sistema multigeracional familiar e as interações da família com pessoas, instituições ou grupos sociais em determinado momento (BRASIL, 2014b).



PARA SABER MAIS!



Leia a partir da pág. 75 do Caderno de Atenção Básica nº 39, sobre os instrumentos genograma e ecomapa: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf



Conheça o relato de experiência e veja que há diversas possibilidades para uso dessas ferramentas: <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/30>



Artigo sobre a experiência dos discentes de medicina para compreensão da dinâmica familiar, disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23522>

7. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA:** é utilizado como um dispositivo para implantação de novas práticas em saúde, com base na problematização e reorganização dos processos de trabalho, e pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários que procuram a UBS sem agendamento prévio. Possui como princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que o eixo central passe a ser a equipe e não o médico e qualificar a relação trabalhador-usuário. A equipe deve definir quem vai receber o usuário que chega; 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 (além da consulta) podem ser necessárias, etc. (BRASIL, 2014a; FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).



PARA SABER MAIS!



Consulte o Caderno da Atenção Básica nº 28, volume I, sobre o acolhimento à demanda espontânea. Acesse e saiba mais em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

8. **INTERCONSULTA:** é uma ação em saúde originária do campo da saúde mental. Caracteriza-se por ser uma atividade interprofissional e interdisciplinar, que tem como objetivo a assistência e a ação pedagógica entre serviços de saúde, equipes-profissionais e usuários. É utilizada para atender a qualquer demanda para a qual se faça necessário compartilhar o cuidado (FARIAS e FAJARDO, 2015).



PARA SABER MAIS!



Conheça o relato de experiência sobre interconsulta, foi extraído do artigo Interconsulta de Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde: compartilhando experiências (SOARES, et al, 2015). Você pode acessar o texto, na íntegra, em http://uece.br/eventos/seminariosaude-coletiva/anaais/trabalhos_completos/263-40344-28062016-093109.doc.

9. MÉTODO DA RODA: UM MÉTODO PARA ANÁLISE E COGESTÃO DE COLETIVOS.

Roda, roda, roda...

Roda que evoca cantigas infantis, samba, candomblé...

Roda: pessoas de mãos dadas, festa coletiva.

O método da Roda carrega consigo esses sentidos e pretende levá-los para o interior das instituições.

O trabalho liberto [...] (CAMPOS, 2000).

Esta proposta é um método que busca fortalecer sujeitos e construir uma democracia institucional. Objetiva analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto, com foco em pensar o significado e o modo como se organiza o trabalho em duas vertentes: produzir bens e serviços necessários ao público; constituir sujeitos e coletivos. É um método que “tenta reinventar e ampliar as possibilidades históricas de mudança” (CAMPOS, 2000, p.17) na lógica da autonomia do sujeito, conforme a concepção de Paulo Freire. Propõe se estabelecer a partir de quatro funções: gerencial, política, pedagógica e terapêutica.



PARA SABER MAIS!



O livro em formato digital **Um método para análise e cogestão de coletivos** (CAMPOS, 2013) é referência para o método da roda. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=23&id=74&Itemid=1000000000000



Conheça uma experiência que retrata os desafios entre a teoria e a realidade do método da roda: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00034.pdf>

10. SALA DE SITUAÇÃO:

segundo a OPAS,

É um espaço físico e virtual onde a informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica, para caracterizar a situação de saúde de uma população. [...] é apresentada e divulgada em diversos formatos como tabelas, gráficos, mapas, documentos técnicos ou relatórios estratégicos (OPAS, 201-?).

Neste contexto, a sala de situação, em uma unidade de saúde, pode contribuir para um planejamento e acompanhamento da situação de saúde local, mantendo ainda a informação visível para a comunidade.



PARA SABER MAIS!



Você pode conhecer um pouco mais sobre a sala de situação da OPAS: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=324:sala-de-situacao-de-saude&Itemid=685



Conheça também a sala de situação da Vigilância Epidemiológica da SESAB: <http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/sala-de-situacao/>



Conheça a experiência de uma sala de situação para planejamento das ações em saúde. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view-File/9898/10159>

11. EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

Educação em saúde é uma prática social, cujo processo contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e organização para a ação individual e coletiva (BRASIL, 2007, p.19).

As atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas de diversas formas, conforme a criatividade dos profissionais, o objetivo e o público a que se destina. Entre elas, temos as atividades de grupos, que podem também ter formato de oficinas, e as “salas de espera”, em que se utiliza o espaço da sala de espera da UBS para abordar os temas pertinentes junto aos usuários do SUS.



PARA SABER MAIS!



Conheça o relato de experiência no artigo **Oficinas educativas para um grupo de gestantes acerca do período gravídico**. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/937/566>

 Conheça esse relato de experiência: <http://redehumanizasus.net/papo-saude-na-sua-ubs-alfenas/>

 A sala de espera pode ser mais do que uma sala de espera: <http://redehumanizasus.net/cantinho-da-leitura-ressignificando-o-espaco-de-espera-do-ambulatorio-do-hilp>

12. MATRICIAMENTO OU APOIO MATRICIAL:

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. [...] pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p.399).

Assim, compreende-se como um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada e colaborativa, elaboram uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011).



PARA SABER MAIS!

 “O matriciamento não consiste em um saber superior a outro”, disse Paulo de Tarso Júnior (2017). Quer saber mais o que ele contou? Leia o relato de sua experiência em: <http://redehumanizasus.net/o-matricramento-como-forma-de-integracao-das-redes-de-atencao-a-saude/>

 Conheça a experiência Matriciamento na Vila, tem até um vídeo. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/93417-na-vila-e-assim/>

 São tantas experiências que tem até um cordel. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/cordel-apoio-matricial/>

13. VISITA DOMICILIAR: a visita domiciliar (VD) na AB deve ser realizada pela equipe, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da coletividade. É uma ação que deve ser liderada pelo ACS, a fim de legitimar sua atuação na ESF. Por constituir-se numa ação realizada em âmbito domiciliar, leva os profissionais a conhecerem a realidade do indivíduo e sua família, fortalecendo o vínculo entre esses sujeitos. A equipe pode classificar as famílias por critérios de risco e assim priorizar as visitas domiciliares para quem mais necessita delas (CAMARGOS, 20-?). Entre as ações de visita domiciliar, podemos citar cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde, lembrando que durante uma visita domiciliar também se pode fazer uma consulta ou atendimento e ainda alguns procedimentos.

**PARA SABER MAIS!**

Conheça uma experiência que retrata a visão do usuário sobre a visita domiciliar. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Visita_domiciliar_sob_o_olhar_de_usuarios_do_programa_saude_da_familia/291

14. ATENDIMENTO DOMICILIAR: constitui uma ação de cuidado às pessoas impossibilitadas ou com dificuldade de se locomoverem até a UBS e que possuem algum problema de saúde que necessite acompanhamento temporário ou permanente. O atendimento domiciliar na AB possui como fundamentos: abordagem integral à família; consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador; trabalho em equipe e interdisciplinaridade; estímulo a redes de solidariedade.

15. TELESSAÚDE: consiste na oferta de serviços de atenção à saúde nas situações em que a distância é um fator crítico, utilizando tecnologias de informação para a troca de informações imprescindíveis para o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, para pesquisas e avaliação e para a educação continuada dos profissionais de saúde, com o objetivo maior de promover a melhoria da saúde (WHO, 2010). Entre os serviços que fazem parte do telessaúde estão a teleconsultoria, a tele-educação, o telediagnóstico, a telerregulação e a teleconsulta/telemonitoramento.

- Teleconsultoria: consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho [...] (BRASIL, 2011c).
- Tele-educação: utiliza tecnologias de informação e comunicação para atividades educacionais à distância como meio de apoiar a qualificação de trabalhadores, considerando tanto a complexidade quanto as singularidades do trabalho em saúde. Webaulas, webpalestras e podcast são exemplos de ofertas da tele-educação (BAHIA, 2019).
- Telediagnóstico: utiliza as tecnologias da informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distâncias geográfica e temporal (BRASIL, 2011c). O exame complementar é coletado, preferencialmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e tem seu laudo realizado em centros de referência, sem a necessidade da presença do médico especialista no momento da execução do exame (BAHIA, 2019).
- Telerregulação: é a integração das teleconsultorias com as centrais de regulação e de marcação de consultas especializadas, como uma forma de qualificação do acesso para que a consulta aconteça em tempo oportuno e o número de encaminhamentos desnecessários seja reduzido (BRASIL, 2015b).
- Teleconsulta/telemonitoramento - atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta e monitoramento por meio de tecnologia da informação e comunicação. As consultas à distância devem seguir protocolos já estabelecidos, devem ser realizadas por meio de escuta qualificada e precisam também ser registradas no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou nas Fichas de Coleta de Dados Simplificadas (CDS), da mesma forma que as consultas presenciais (BAHIA, 2020).

**IMPORTANTE!**

A Bahia possui um serviço exclusivo de telessaúde. O vídeo a seguir orienta o cadastro e utilização da plataforma Telessaúde BA. Acesse e conheça as oportunidades dessa ferramenta!



https://www.youtube.com/channel/UC7Zvaumlwltw0ZTn1LF3qfg?view_as=subscriber



Para ter acesso a todas as *webpalestras* realizadas pelo Telessaúde Bahia, basta se inscrever e seguir o canal no *youtube*. É fácil e gratuito: <https://www.youtube.com/user/CanalTelessaudeBA>

**PARA SABER MAIS!**

Conheça a experiência de profissionais da estratégia de saúde da família na Bahia que utilizaram o serviço de telessaúde. Disponível em <http://cetes.medicina.ufmg.br/revista/index.php/rfat/article/view/237>



Caso você, como facilitador(a), não tenha familiaridade com a proposta da roda de conversa, ou deseje aprimorar-se, sugerimos um vídeo curto da *Série SUS - Você sabe como fazer uma roda de conversa?* <https://youtu.be/cy8rxq8xNj8> (7'30")



O site da Rede Humaniza apresenta relatos de experiências de atividades desenvolvidas na AB no país inteiro. Ficou curioso? Quer conhecer outras equipes e saber mais sobre o trabalho em equipe e outras experiências da AB? Acesse: <http://redehumanizasus.net/>

3ª etapa - Interação Pedagógica

DIA 7

Querido(a) trabalhador(a), chegamos ao último dia do AP e temos algumas missões importantes: conversar sobre Educação Popular em Saúde; discutir sobre outras estratégias de interação com a comunidade e o território, abordando a Educação em Saúde; e compreender a educação permanente enquanto dispositivo para a equipe dar seguimento ao processo de qualificação profissional iniciado no AP. A seguir, apresentamos os objetivos e a proposta de cronograma para esse dia.

- ✓ Refletir sobre Educação Popular em Saúde;
- ✓ Aprofundar a compreensão sobre estratégias de Educação em Saúde;
- ✓ Exercitar o planejamento de oferta educativa para a comunidade;
- ✓ Refletir sobre a EP como dispositivo para a equipe desenvolver seu processo de qualificação profissional;
- ✓ Exercitar a elaboração de um plano de EP;
- ✓ Sendo este o último dia de interação presencial, é muito importante também um fechamento deste ciclo realizando a avaliação do AP.

Quadro 31 - Programação do Dia 7.

3ª ETAPA – INTERAÇÃO PEDAGÓGICA DIA 7	
	ATIVIDADE
08h às 08h30	Acolhida dos Trabalhadores
08h30 às 11h	Conversando sobre Educação Popular em saúde, Educação em Saúde e Educação Permanente (EP)
INTERVALO	
11h15 às 11h45	Avaliação do AP
11h45 às 12h	Encerramento do AP

Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020, FALLEIRO; PRIAMO, 2020.

Um pequeno guia de Pinakarri
 Acalma-te e conecta-te com o teu corpo:

1. Sente a parte do teu corpo que se conecta com a cadeira ou a almofada onde estás sentado.
2. Sente o peso do teu corpo. Nota o teu peso e como a Terra o suporta. A gravidade é a força mais antiga do Universo. Se fosse uma pessoa a suportá-lo, chamarías a esta força amor incondicional.
3. Toma consciência do amor incondicional da Terra por ti, o apoio que te dá. Respira profundamente – dentro e fora: Ouve a diferença de tom e sente a diferença de temperatura entre a inalação e a exalação. Esta diferença em temperatura vem do sol.
4. Quem és tu? Tu és a dança dos ciclos materiais da Terra com a energia do sol. Consegues ouvir o bater do teu coração? Ele está aí desde antes do teu nascimento, e estará contigo até ao momento da tua morte.
5. Encontra no teu corpo o ponto onde a tensão ou energia está mais forte. Respira para esse local, conscientemente relaxa e expira essa tensão.
6. Silenciaste agora a vozinha na tua cabeça. Há muitas formas de alcançar Pinakarri. Sente-te convidado a experimentar e a encontrar a tua própria forma.

Pista: Assim como com o Pinakarri, há muitas formas de te tornares presente e de falares carismáticamente. Podes encontrar pistas no trabalho de Comunicação Não Violenta, Teoria U de Otto Scharmer, e Facilitação enquanto técnica espiritual de John Herron. Construindo Comunidade segundo M. Scott Peck.

Figura 7 - Pinakarri

Fonte: (BLANKE et al, 2013)

Quadro 33 - Matriz para o plano de educação permanente da equipe.

PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE			
TEMA	NECESSIDADE	PROPOSTA de EP	FACILITADOR

Fonte: FALLEIRO; PRIAMO, 2020, SESAB, 2020.



Anote suas reflexões no Diário de Campo do Trabalhador.

Após o aprendizado de hoje, você receberá uma ficha para avaliação do Acolhimento Pedagógico. A avaliação é muito importante, por isso, pedimos que responda com tranquilidade. Contamos com você para fazer momentos, como esse, cada vez melhores!

Foi ótimo estar contigo nessa jornada!



CIRANDA:

MINHA CIRANDA
(Lia de Itamaracá)

Essa ciranda não é minha só
Ela é de todos nós
A melodia principal quem
Guia é a primeira voz

Pra se dançar ciranda
Juntamos mão com mão
Formando uma roda
Cantando uma canção



O cordel a seguir também é uma possibilidade de finalização, em especial se seu grupo contou com trabalhadores da equipe multiprofissional.

O NASF

(Alberis Luís, estagiário de Psicologia UNIFAVIP/ Caruaru-PE)

Essa história que eu vou contar
É pra gente jamais esquecer
Em 2008 uma portaria foi lançada
Pra o danado do Nasf nascer.

Pra ampliar a resolubilidade
A abrangência e a qualidade
Os núcleos vão ganhando forças
Nos cantos de toda cidade.

Com a equipe multiprofissional
A integração vai acontecer
Com a ESF sendo apoiada
Pra atenção básica fortalecer.

Pra mode o núcleo ampliar
É preciso do apoio total
Compartilhando os saberes
Na lógica matricial.

Essa história ainda tem o que contar
E foi em 2011/2012 que o ministério fez
A portaria teve que acrescentar
Agora é Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3.

Esse núcleo de apoio é enxerido
Num é que tem profissional demais
De Médico, Nutricionista, Psicólogo
Fonaudiólogo e Assistente Social.

A Saúde da Família agora mudou
com apoio matricial no decisório
construção de PTS, atendimento comparti-
lhado
dando suporte no território.

A clínica ampliada agora é diferencial
O Nasf vai seguindo no que pensa
Como núcleo de apoio e abrangência
O sujeito é o foco e não a doença.

Pense numa história cheia de novidade
É desse Nasf de toda cidade
Pra mode ter mais facilidade
Busca ajuda pela intersetorialidade.

Vou finalizando essa história
E deixo um recado pro senhor e pra senhora
Pra saúde do povo melhorar
O Nasf tá em todo lugar.



Fonte: <http://redehumanizaus.net/96002-cordel-do-nasf-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia/>

Foi ótimo estar contigo nessa jornada!



Texto Base 1 | Dia 7 – Educação Popular em Saúde

A Educação Popular em Saúde é um tema que merece ser conhecido por todos os profissionais que atuam diretamente com AB, nas comunidades e nas regiões com maior vulnerabilidade, por entendermos que, nestes lugares, há uma maior necessidade de luta pela dignidade e pela igualdade de direitos, que são questões relevantes para a qualidade de vida das pessoas. Não temos a pretensão de esgotar este assunto aqui, neste Manual, mas consideramos este um elemento essencial para a integração das equipes com o território pelo qual são responsáveis.

Segundo Vasconcelos (2014), para atuar junto às chamadas classes subalternas, não é suficiente buscar apenas as soluções para os problemas de saúde de forma dialogada. É preciso compreender que, naquele local, existem outros valores, diferentes daqueles em que está inserida a maior parte dos trabalhadores da saúde. Muitas vezes, isso significa destituir-se do seu saber pré-existente para então compreender o lugar do outro e, nesta interação, construir um diálogo efetivo (FALLEIRO, 2010).



Já abordamos, no início do AP, o tema dos DSS e também falamos sobre a importância da produção de cuidado na perspectiva da clínica ampliada, com foco no bem-estar, e não exclusivamente na doença ou num indivíduo de forma isolada do seu contexto social. Ajude os trabalhadores a lembrar sugerindo que relembrem o conceito ampliado de saúde.

No Brasil, a Educação Popular em Saúde (EPS) vem se consolidando, na perspectiva de integração entre saúde e educação, como uma prática social que visa à autonomia das pessoas, estimulando uma visão amorosa e ao mesmo tempo crítica sobre a realidade e sobre o processo de adoecimento e o cuidado em saúde. A EPS foi institucionalizada como Política Nacional de Educação Popular em Saúde no ano de 2013 (BRASIL, 2013b).

Ações de EPS poderão vir a contribuir com a promoção da saúde e a qualificação da educação em saúde tradicionalmente realizada, fortalecendo vínculos emancipatórios para que o cidadão tenha cada vez mais autonomia de decisão em como se cuidar e mais amplamente no seu jeito de andar a vida. Vale destacar que, na perspectiva de fortalecer a mudança do modelo de atenção centrado na doença, é muito significativa a aproximação dos serviços de APS às práticas populares de cuidado, pois estas carregam uma visão de mundo e de saúde que se aproxima dos princípios que cotidianamente temos nos esforçado para implementar, como a integralidade, a humanização e o acolhimento (BONETTI, CHAGAS e SIQUEIRA, 2014. p.16).

Segundo Pulga (2014,p.126), os fundamentos dos processos educativos na perspectiva da EPS são:

✓ **Diálogo:**

“É preciso recuperar a educação como diálogo, síntese do processo educativo e dimensão funda-

mental de reconhecimento de sujeitos, que são agentes de uma história, trajetória, cultura e valores” (PULGA, 2014, p.126).

✓ **Humanização:**

“É preciso reconhecer a dimensão pedagógica das relações humanas como parte constitutiva do trabalho em saúde. [...] A educação problematiza a própria vida humana e busca a construção de sentidos para qualificá-la e fortalecê-la em todas as suas dimensões [...]” (PULGA, 2014, p.126).

✓ **Sujeito total, ser humano integral:**

Educar é trabalhar com a totalidade das dimensões do sujeito [...]. O ser humano precisa ter autonomia e maturidade para tomar decisões, enquanto sujeitos conscientes e éticos, cuja expressão se dá pela vivência cotidiana de valores, atitudes, ações e posturas condizentes com a ética [...] (PULGA, 2014, p.126).

✓ **Matrizes Pedagógicas:**

Para criar eixos geradores da construção do sujeito é preciso trabalhar a partir de matrizes pedagógicas, como o corpo. A educação e a saúde se encontram em algum lugar, este lugar é o corpo. Outras matrizes são bastante familiares, como a palavra, que é capaz de mudar valores, consciência e hábitos. Ou como o trabalho, cujas condições materiais devem ser humanizadoras. Há também as condições de convívio, de interação, onde, a partir do relacionamento e da troca de experiências, as pessoas se educam (PULGA, 2014, p.126).



PARA SABER MAIS



II Caderno de Educação Popular em saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf



Texto Base 2 | Dia 7 – Educação em Saúde

Um dos dispositivos para o desenvolvimento de ações de **educação em saúde** é o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, numa perspectiva do conceito ampliado de saúde.

A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral.

Para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos (BRASIL, 2020).



PARA SABER MAIS



conheça a experiência que avaliou as ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes em Sobral (CE), com olhar sobre os componentes do PSE. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/929>

As **rádios comunitárias** também podem ser aliadas da equipe de saúde na divulgação de informações sobre a UBS, como horário de funcionamento, agendas e horário das atividades, campanhas e também para o repasse de informações sobre cuidados em saúde. Trata-se de radiodifusão sonora, com cobertura restrita. Podem explorar esse serviço somente associações e fundações comunitárias sem fins lucrativos, com sede na localidade da prestação do serviço. As estações de rádio comunitárias devem ter uma programação pluralista, sem qualquer tipo de censura, e devem ser abertas à expressão de todos os habitantes da região atendida. (AGERT: <https://www.agert.org.br/index.php/2-noticias/12042-o-que-e-uma-radio-comunitaria>).



PARA PENSAR E REFLETIR

Já pensou que pode ter uma rádio comunitária na localidade da UBS, que é ouvida por diversas pessoas, e que pode servir como um elo entre a equipe e a comunidade?



PARA SABER MAIS



Conheça a experiência com a webrádio, que produziu um diálogo com jovens sobre métodos contraceptivos, no sertão do Ceará. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1219>

Uma outra ferramenta para a promoção do cuidado e da saúde no território é o **Projeto de Saúde no Território (PST)**, uma estratégia das equipes de SF e NASF-AB. Fundamenta-se em 3 pilares: a) promoção da saúde; b) participação social; c) intersectorialidade. Investindo, assim, na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades (NASCIMENTO *et al*, 2018; BRASIL, 2010b).

O PST busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território. Auxilia, ainda, o fortalecimento da integralidade do cuidado, à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde, partindo da identificação de uma situação-problema e de seus agravantes à saúde da população no território (NASCIMENTO *et al*, 2018; BRASIL, 2010b).



PARA SABER MAIS



Conheça a experiência que utilizou a proposta de Projeto Saúde no Território como estratégia para promoção da cultura de paz em uma unidade de saúde em Sobral/CE. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1268>.

As atividades em grupo também são uma ferramenta importante de educação em saúde.

[...]as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Básica são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde. O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Mas podemos ousar ir além. Existem hoje, na Estratégia Saúde da Família, diversos exemplos de grupos que começam a ser feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, mas não apenas dentro de uma perspectiva de educação em saúde. São grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais. Além disso, esses grupos representam intervenções especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção (BRASIL, 2014, p.68).

A **integração de ações da equipe multiprofissional com as equipes de Saúde da Família** também contribui para a integralidade do cuidado, aumenta o escopo das ações da equipe de saúde e provoca uma abordagem ampliada sobre o processo saúde-doença.

**PARA SABER MAIS!**

O texto “O processo de trabalho em diferentes modalidades de Apoio do NASF no Município do Oeste Baiano”, de Alan J.J. Costa, contribui para a reflexão do processo de trabalho integrado com o NASF-AB. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>



EPS em Movimento - Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Disponível em: https://youtu.be/x791Rw9_B8k (10'31")



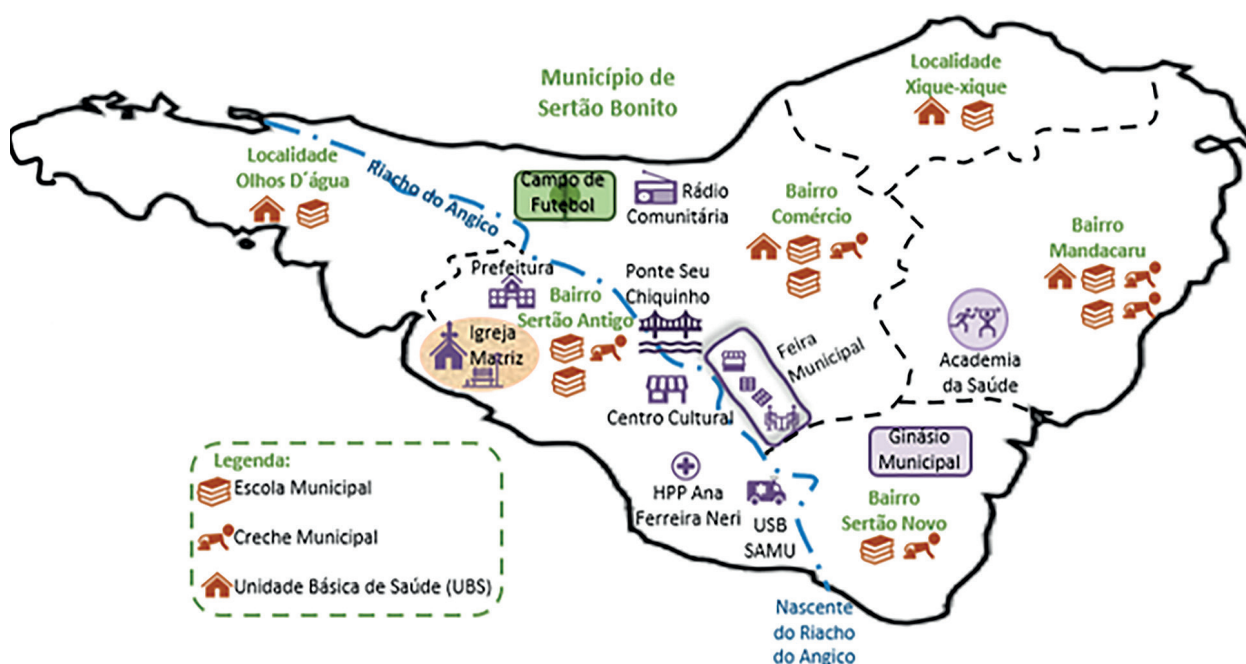
Há também materiais que podem ser explorados na plataforma do Curso de Educação Permanente em Saúde em Movimento. Acesse: <http://eps.otics.org/>

CASO GUIA

PARTE 1 - O município de Sertão Bonito

Sertão Bonito é um município de pequeno porte, localizado no interior da Bahia, distante 350 km de Salvador. Foi emancipado há 87 anos, no dia 8 de dezembro, data em que se comemora o dia de Nossa Senhora Imaculada Conceição, padroeira da Bahia.

O local já era conhecido por esse nome antes da emancipação, por se tratar de um lugar de onde era possível ver uma grande extensão de terras. Além disso, a facilidade de acesso para os comerciantes tornou o lugar “bonito” também para os negócios. Seus munícipes são conhecidos por bonito-sertanense ou sertaozinhenses.



CARACTERÍSTICAS GERAIS

A cidade possui extensão territorial de 9.090,75 Km² e, na área urbana, está dividida em quatro bairros: Sertão Antigo, Sertão Novo, Comércio e Mandacarú. O município possui ainda duas localidades rurais: distritos de Xique-Xique e Olhos D'água.



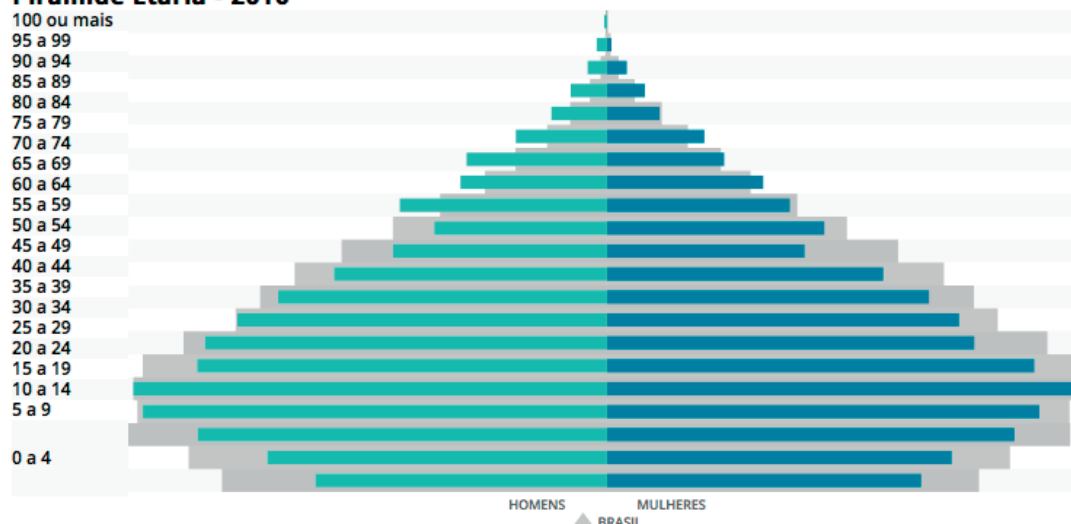
O clima é semiárido, chove em poucas épocas do ano.

 População Total	17.946 habitantes
 População Zona Rural	6281 habitantes (35%)
 População Zona Urbana	11.665 habitantes (65%)
 Produto Interno Bruto (PIB) per capita	R\$ 4.173,22
 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	0,592 (baixo)
 Programa Bolsa Família	4.128 habitantes (23%)



Pirâmide etária do município:

Pirâmide Etária - 2010



A população é constituída por 8.932 mulheres(49,8%) e 9.014 homens (50,2%). A distribuição por faixa etária demonstra que 12,97% são crianças entre 0 e 9 anos; 17,15% são adolescentes entre 10 e 19 anos; 55,15% são adultos entre 20 e 59 anos; e 14,73% são idosos acima de 60 anos, sendo que quatro idosos estão com idade de 100 anos ou mais.

A maior parte da população (75%) se autodeclara negra ou parda (13.460 pessoas).

A principal atividade da economia local é a feira municipal, que acontece semanalmente, às quintas-feiras, no centro da cidade, no Bairro Comércio. Neste dia, o município recebe pessoas de toda a região para vender e comprar produtos como alimentos, vestuário, panelas, vassouras, cerâmicas, artesanatos e produtos locais, como hortifrutigranjeiros. Os moradores da zona rural contam com o ônibus da prefeitura para levá-los até o local da feira.

Esta feira representa também um evento sociocultural, em que moradores e visitantes se encontram para fazer negócios, visitar os amigos, fazer compras, jogar dominó, comer salgados e beber cerveja e cachaça. Alguns restaurantes oferecem música e, esporadicamente, artistas locais se apresentam nesta feira a partir das 11 horas. Há também uma feira de artesanato permanente, no centro cultural da cidade, no bairro Sertão Antigo, que contribui para incentivar a economia local.

Na sede do município (zona urbana), predominam as casas de adobe ou tijolo. A maioria das casas possui água encanada, porém, devido à seca, carros pipa abastecem a cidade a cada 15 dias. Apenas 31% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado; para os demais, o destino das fezes e urina se dá a céu aberto ou por fossa. Há coleta de lixo duas vezes por semana. Entretanto, não há aterro sanitário adequado e o resíduo é depositado em um terreno na saída da cidade. Em 65% das casas há energia elétrica. Apenas 15% das vias públicas são asfaltadas.

Na zona rural, a maioria das casas é de taipa revestida. O Riacho do Angico, que faz divisa entre a sede e a estrada que dá acesso ao distrito de Olhos D'Água, secou há 10 anos. Quando chove, a pouquíssima água do riacho é barrenta e imprópria para o consumo. Em torno de 1/3 das propriedades possuem cisternas, as demais dependem dos carros pipa que levam água uma vez ao mês para os dois distritos. As fezes e urina são destinadas a fossas ou mesmo a céu aberto. A coleta de lixo acontece apenas a cada 15 dias em cada localidade, e os moradores frequentemente queimam e enteram os resíduos. A maior parte da população desta área não possui energia elétrica em suas casas. Apenas algumas propriedades de famílias mais ricas possuem acesso à rede elétrica e uma minoria possui geradores. Todas as vias de acesso são de estrada de chão e não há iluminação pública.



Equipamentos sociais

Há uma praça, em frente à igreja matriz da cidade, onde as pessoas se encontram logo após a missa; um Ginásio Municipal, onde acontecem alguns eventos da prefeitura e os jogos escolares; um campo de futebol, que recebe torneios locais e regionais; e uma rádio comunitária, que funciona nos dias de feira e realiza a transmissão das partidas de futebol da comunidade.



Dados da Educação

O município possui 14 quatorze estabelecimentos de ensino, sendo nove escolas (sete na sede e duas na zona rural) e cinco creches municipais. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 94%.



Dados da saúde

Possui um Hospital de Pequeno Porte (HPP) com 15 leitos, sendo um leito de Parto, Pós-parto e Puerpério (PPP); e uma Unidade de Suporte Básico (USB) do SAMU, com central de regulação no município sede da Região de Saúde.

O município desenvolve a atenção básica por meio de três equipes de Saúde da Família¹⁴, que

14. Considerando as diversas mudanças na Política da Atenção Básica e consequentemente nos métodos de cálculo de cobertura de Saúde da Família, sugere-se que seja realizado o cálculo de cobertura de acordo com o método que esteja vigorando no momento da oficina.

cobrem cerca de 57,67%, e uma equipe de Atenção Básica na sede (atuando na UBS Centro). As equipes de Saúde da Família (eSF) estão assim distribuídas: duas na sede (ambas atuando na UBS Mandacaru) e uma na zona rural (atuando na UBS de Olhos D'Água). A equipe de Atenção Básica possui uma enfermeira atuando 40 horas semanais e três médicos atuando 20 horas cada. Existem duas equipes de Saúde Bucal, uma atuando 40 horas semanais na equipe da UBS Olhos D'Água, e outra na UBS Mandacaru, sendo 20h de atuação em cada eSF desta unidade.

No âmbito da atenção básica, há ainda uma Academia da Saúde e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB (composto por dois fisioterapeutas, um nutricionista, um assistente social, um psicólogo e um professor de educação física), que dá suporte a todas as unidades do município.



Unidade Básica de Saúde Flor de Mandacaru

Localizada no bairro Mandacaru, esta unidade foi fundada há 13 anos. Possui uma estrutura física boa, incluindo consultório odontológico, recepção e sala de vacina, mas foi construída para acomodar apenas uma equipe de saúde e hoje comporta duas: Flor 1 e Flor 2. Não há espaço para todos os profissionais, faltam consultórios e a recepção está pequena para tanta gente. Nos dias que contam com atendimento da equipe NASF-AB, o revezamento de consultórios é ainda mais complicado, o que ocasiona, para alguns profissionais, um turno de folga.

A equipe Flor 1 foi a primeira equipe na modalidade Saúde da Família a ser implantada no município de Sertão Bonito. Possui uma população adscrita de 5.000 pessoas, residentes na zona urbana. Frente às condições de vulnerabilidade identificadas no Bairro Mandacaru, como uma área de invasão com 280 pessoas na fronteira com o bairro Comércio e a necessidade de ampliar o atendimento para uma parcela da população da localidade de Xique-Xique, a gestão municipal decidiu implantar mais uma equipe de Saúde da Família, a Flor 2.

A equipe Flor 2 funciona há 8 anos nesta unidade e aguarda a realização da promessa de ampliação da estrutura física da UBS Flor de Mandacaru. Possui uma população de 4.150 pessoas na sua área de abrangência, sendo $\frac{1}{5}$ na zona rural, onde foi adaptada uma casa para funcionar como UBS satélite. A extensão territorial da área adscrita da equipe Flor 2 é maior, em relação à equipe Flor 1. Contudo, esta última é mais populosa. A equipe de Saúde Bucal divide seu tempo de atendimento entre os dois territórios adscritos.

Tanto a equipe Flor 1 quanto a Flor 2 possuem dificuldades para concluir seu processo de territorialização. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das duas equipes estão redistribuindo as áreas e atualizando os cadastros, conforme as orientações da nova política de financiamento da AB, o que tem gerado alguns atritos com a população, por conta da mudança de ACS para algumas famílias.

No dia da feira, os moradores da zona rural que necessitam de atendimento aproveitam o traslado do ônibus da prefeitura. Assim, a UBS Flor de Mandacaru e a UBS Centro, localizada no bairro Comércio, ficam bastante cheias neste dia, sendo necessário distribuir senhas de atendimento por ordem de chegada.

Aqui foi evidenciado o método de cálculo para estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme Nota Técnica Explicativa do Ministério da Saúde, disponível no site e-gestor (https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf): $(n^{\circ} \text{ eSF} \times 3.450 / \text{população}) \times 100$.

As duas equipes não possuem frequência de encontros para reunião. Geralmente, se reúnem quando a coordenadora da AB envia ofício para a unidade, para falar sobre algum indicador de saúde que está “frágil” e solicitar empenho para melhoria; ou, ainda, sobre alguma campanha a ser realizada, como o outubro Rosa.



Composição da equipe - UBS Flor de Mandacaru

- 1 gerente da unidade (40 horas): Léa - enfermeira sanitarista
- 1 vigia (40 horas): Adroaldo - distribui as senhas de atendimento;
- 1 auxiliar administrativo na recepção da unidade (40 horas): Aretuza
- 1 auxiliar de limpeza (40 horas): D. Fatinha
- 1 cirurgiã-dentista (40 horas - 20 horas por equipe): Dra. Nildinha
- 1 auxiliar de saúde bucal - ASB (40 horas - 20 horas por equipe): Gideon



Equipe Flor 1

- 1 médica pediatra (40 horas): Dra. Ilana - atende três dias na semana
- 1 enfermeira (40 horas): Priscilla
- 2 técnicos de enfermagem (20 horas cada): Doralice e José Carlos (Zeca)
- 6 ACS (40 horas): Alencar, Miriam, Eliane, Maria das Graças (Gracinha), Santiago e Marta (licença médica)



Equipe Flor 2

- 1 médico generalista (40 horas): Dr. Deoclécio - atende três dias na semana
- 1 enfermeiro (40 horas): Jailton
- 2 técnicas de enfermagem (20 horas cada): Rita de Cássia e Terezinha
- 6 ACS (40 horas): Lindainês, Louanne, Mirtes, Roberto, Marciano e Conceição (localidade de Xique-Xique)



Atividades realizadas pelas equipes:

- Visitas Domiciliares: solicitadas pelos ACS, com priorização de consultas puerperais e para idosos acamados;

- Grupos realizados na UBS: pessoas com hipertensão e diabetes (para renovar receita); idosos; gestantes (com apoio de uma ONG que distribui fraldas, lata de leite e roupas para os bebês); grupo para mulheres que querem perder peso, organizado por profissionais do NASF-AB (nutricionista, fisioterapeutas, psicóloga, professor de educação física);
- Atendimentos NASF-AB: agenda de cada profissional na unidade às terças e quartas-feiras. Pode ser encaminhado por outro profissional ou agendado pelo ACS;
- Reunião da equipe de ACS: uma vez ao mês para fechamento da produção;
- Atendimento zona rural: às quartas-feiras, pela equipe Flor 2, na UBS satélite. Entretanto, o carro que transporta os profissionais é também utilizado para transportar pacientes para atendimento em outros municípios, e a população da zona rural frequentemente precisa se deslocar até a UBS Centro, ou tentar atendimento por meio das fichas de demanda espontânea na UBS Flor de Mandacaru;
- Agendamento de consultas médicas: a agenda abre no primeiro dia útil do mês, sendo o próprio usuário responsável por ir à unidade para marcar.
- Atendimento médico na UBS: tanto a médica da equipe Flor 1 quanto o da equipe Flor 2 atuam três dias por semana, sendo que um turno é reservado para as visitas domiciliares e um turno para o pré-natal médico de cada equipe.
- Atendimento à demanda espontânea: são realizados 10 atendimentos pela manhã e 10 atendimentos pela tarde, independentemente se são casos de urgência ou não.
- Sala de espera: conta com apoio de alguns ACS e ocorre como ação de reforço das campanhas municipais, como o outubro Rosa;
- Coleta de Preventivo e Planejamento Familiar: realizados em um turno por semana, pelo enfermeiro de cada equipe.
- Tratamento odontológico: a agenda também é aberta no primeiro dia útil do mês e a marcação é para quatro dias da semana, sempre com um turno por dia para pessoas adscritas de cada equipe (manhã - Flor 1; tarde - Flor 2). Um dia por semana é reservado para atendimento de gestantes das duas áreas, encaminhadas pela enfermeira. Uma vez por mês não ocorre atendimento em consultório para ser realizada atividade de escovação coletiva nas duas escolas municipais do bairro.
- Atividades do Programa Saúde na Escola (PSE): a equipe prioriza o cumprimento das ações previstas no planejamento anual do PSE e não consegue adaptar as ações conforme as demandas que surgem ao longo do ano. As professoras sempre solicitam ações educativas sobre sexualidade, porque há muitos casos de adolescentes com vida sexual ativa e de gestantes nesta faixa etária. A enfermeira da equipe também identifica a necessidade de abordar o tema sexualidade com os alunos, porém, há uma dificuldade de integrar a agenda das escolas com a agenda do NASF-AB, o que impossibilita a realização de mais atividades além do programado.

**Mais informações de saúde do município (2018):**

- ✓ Número de nascidos vivos: 232
- ✓ Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal: 67,73%.
- ✓ Mortalidade infantil: 14,3 óbitos por mil nascidos vivos.
- ✓ Proporção de óbitos infantis e fetais investigados: 0%.
- ✓ Número de casos novos de Sífilis Congênita (SC) em menores de 1 ano de idade: 3
- ✓ Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos: 0
- ✓ Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade com cobertura vacinal preconizada: 78,57%
- ✓ Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde: 35,86%.
- ✓ Proporção de internações por hipertensão arterial sistêmica: 80% das internações por doenças cardiovasculares.
- ✓ Prevalência de diabetes: 1.552 pessoas com diabetes.
- ✓ Número de casos notificados de Sífilis em Gestante: 8
- ✓ Casos notificados de Intoxicação Exógena por Agrotóxico: 1
- ✓ Casos confirmados de Intoxicação Exógena por Agrotóxico: 0

PARTE 2 - Uma reunião na UBS Flor de Mandacaru

Sexta-feira à tarde. “Um sol escaldante”. Léa, a gerente da UBS Flor de Mandacaru, convocou as equipes para uma reunião, cuja pauta é a investigação de notificação de sífilis congênita e a situação da sífilis no município de Sertão Bonito. Ela aguarda que todos se acomodem e inicia:



LÉA (gerente ): Boa tarde a todos e todas! Na terça-feira, pela manhã, eu participei de uma reunião na SMS com a enfermeira do Hospital, Gilda, e a nova coordenadora da Atenção Básica do município, Marina, que está presente em nossa reunião hoje (Marina, cumprimenta o grupo). Esta reunião teve como pauta a situação da sífilis no nosso município e a necessidade de investigação de três casos de sífilis congênita notificados no ano de 2018.

Todos fazem cara de espanto, mas sabem que só no ano de 2018 identificaram oito gestantes com sífilis, entre elas, duas adolescentes. Realizaram o tratamento de sete gestantes, porém apenas quatro parcerias sexuais, destas gestantes, foram tratadas. De toda forma, três casos de sífilis congênita notificados é um número alto frente à população do município. A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda um número menor que 0,5 por mil nascidos vivos, e Sertão Bonito registrou 3,87 por mil nascidos vivos.

Léa continua:



LÉA (gerente ): Infelizmente, os três casos que a Câmara Técnica Estadual de Transmissão Vertical determinou a investigação pelo município estão na área de abrangência das equipes Flor 1 e Flor 2, sendo dois desses casos notificados aqui no nosso Hospital Municipal e o outro caso em uma maternidade em Salvador. Como vocês sabem, a Sífilis Congênita é um agravo de notificação compulsória desde o ano de 1986, e todos os casos devem ser investigados pelas equipes, conforme recomendação do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Ainda não temos uma Câmara Técnica Municipal e, por isso, temos que responder sobre estes casos em até 15 dias para a Câmara Estadual, preenchendo a ficha de investigação. Assim, ao me reunir com Marina, para responder, percebemos que faltam dados para finalizar as investigações, como idade da mãe, raça/cor, escolaridade, unidade de saúde em que realizou o pré-natal, entre outros que vocês poderão observar nas fichas. Então, decidi chamar essa reunião, pois preciso do empenho de vocês para preenchê-las e também aproveitar o momento para atualizar algumas questões referentes a notificação. Já vou entregar o material para vocês.

Após distribuir o material, Léa comenta:



LÉA (gerente ): Ainda falando sobre a sífilis: na reunião foi comentado sobre o aumento de detecção dos casos de sífilis congênita, em gestante e adquirida em nosso município, desde 2017. Tem o lado bom, de termos melhorado a notificação desse agravo no SINAN, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, mas, por outro lado, mostra a necessidade de reorganizar melhor nossos serviços para proceder com o controle desse agravo. Sendo assim,

temos algumas tarefas para executar: a primeira, é realizar teste rápido em todos usuários que chegam na unidade de saúde; a segunda, é realizar a aplicação de penicilina na UBS, conforme protocolo estabelecido; a terceira, é realizar atividade nas escolas, sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e uso de preservativo; a quarta, realizar ...

Uma voz no canto da sala interrompe a fala da gerente:



DORALICE (técnica de enfermagem 🖐️): *Espera aí!! Eu mesma não vou aplicar penicilina aqui na unidade, pois não tem carrinho de parada e não vou comprometer minha atuação profissional. Além disso, essa menina, que está aí, não quer nada com a hora do Brasil, alguns vem pegar camisinha aqui no posto, mas é pra ficar se amostrando, na hora de encapar e usar, ninguém quer usar, não! E isso, é adolescente, velho, mulher, todo mundo. Ninguém quer “chupar bala” com papel. Eu lavo as minhas mãos.*

Todos na sala começam a falar ao mesmo tempo, cada um trazendo questões do cotidiano que “impediam” a realização das tarefas apresentadas pela gerente.



ALENCAR (ACS 🖐️): *Concordo com Dora. Não vou ficar dando murro em ponta de faca, já que o problema é mais em baixo. Toda vez que vejo os adolescentes da minha área me arrepio, pois só fazem ficar lá na “boca”. Deus é mais! (fica falando baixinho e faz o sinal da cruz três vezes).*



RITA DE CÁSSIA: (técnica de enfermagem 🖐️ 🖐️): *E cadê os Testes Rápidos que faltam a toda hora? Tenho que ficar segurando pra garantir o teste para as gestantes, pois o Dr. Deoclécio me falou que precisa realizar no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Já está faltando pra essas mulheres, imagina se fomos fazer em todo mundo que chega aqui! E quero ver tempo pra conseguir fazer, só tem eu e Zeca que fomos treinados, além do médico, mas ele diz que não tem tempo. Não é doutor? (Se dirigindo ao mesmo).*



Dr. DEOCLÉCIO (médico 🖐️ 🖐️): *Se eu for fazer o Teste Rápido, não dou conta da agenda de atendimentos! E, na quinta-feira, essa unidade parece que vai explodir de tanta gente! Lembrando que meu horário de saída é às 16 horas, pois todos sabem que Ilana e eu moramos em outro município. Sem contar que tenho que ir uma vez por semana no posto satélite lá em Xique-Xique. Não tenho tempo pra mais nada.*

Léa tenta retomar o “controle” da reunião, mas está muito difícil, pois são muitos problemas surgindo, e resolve falar:



LÉA (gerente 🖐️ 🖐️): *Gente, não está fácil pra ninguém, eu mesma fico encarregada das notificações e sei dos casos de gestantes notificados em 2018. Além disso, tenho inúmeras outras atribuições e em dias de campanha de vacina, ainda coloco a mão na massa. O acúmulo é muito grande para todos, mas, reclamar não vai ajudar. Teremos que trabalhar em equipe!*

E passa o olhar para Marina, como um pedido de apoio.

Marina é sertãozinhense e recém retornou ao município. Concluiu a Residência em Saúde da Família e esteve como apoiadora institucional em outro município, quando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) estava sendo desenvolvido.

Após a reunião com os gerentes das equipes e com a diretora do Hospital Ana Nery, viu que poderia contribuir mais do que simplesmente “cobrar” a produção das equipes. Então, teve uma ideia: “Por que não começar com a Unidade Flor de Mandacaru?”. Assim, convidou-se para participar desse momento.



MARINA (coordenadora AB): *Pessoal, eu assumi a coordenação há pouco tempo, tive uma experiência bem bacana em outro município e penso que chegamos num ponto importante aqui nesta reunião, pois todos reconhecem os problemas. É evidente que estamos precisando de ajustes para andar juntos. A primeira coisa que precisamos fazer é investigar esses três casos e organizar algumas ofertas da equipe. Se todos concordarem, posso ajudar.*



LINDAINÊS (ACS 🧑🏻 🧑🏻): *Olha, D. Marina, fico muito feliz com sua boa vontade, é a primeira vez que vejo uma coordenadora de Atenção Básica vir pra uma reunião na unidade. Aqui não temos reunião de equipe com muita frequência, não. Me lembro de algumas que tivemos quando estava participando do curso técnico, mas, depois disso, as reuniões acontecem “lá de vez em quando”, e são sempre pra “distribuir” tarefas e cobrar coisas. Por isso que estamos aqui um pouco estressados. Mas, se tiver alguma forma de ajudar, pode contar comigo.*

Apesar de receberem com receio a proposta de ajuda de Marina, todos queriam saber quais os outros dois casos de sífilis congênita, pois um já era bastante conhecido da equipe Flor 2. Neste caso, não houve acompanhamento adequado da gestante que tinha um marido “complicado” e a impedia de sair de casa.

A gerente trata logo de relatar os casos que devem ser investigados:



LÉA (gerente 🧑🏻) - *Os casos são: RN de Alcione Conceição Barreto, da equipe Flor 1; RN de Jaciara de Souza e RN de Isis Laura da Silva Oliveira, ambos da equipe Flor 2. Aqui estão as fichas de notificação registradas no SINAN e as de investigação para preenchimento.*

Há um silêncio na sala. As fichas passando de mão em mão. Após alguns cochichos, o enfermeiro da equipe Flor 2 pede para falar:



JAILTON (enfermeiro 🧑🏻 🧑🏻): *Da gestante Isis, eu cuidei pessoalmente, e fiz todo o esquema de tratamento dela. Não era pra essa criança nascer com sífilis. Tem algo errado. Anotei tudo no prontuário. Ela fez tudo direitinho, não perdeu nenhuma dose. E, na minha equipe, sou somente eu quem aplica a penicilina, nenhum dos técnicos querem fazer, apesar de eu já tê-los encorajado inúmeras vezes.*

Marina faz, então, uma sugestão:



MARINA (coordenadora AB): *Pessoal, vamos fazer o seguinte: já que temos aqui em mãos a notificação da RN de Isis, que tal pegarmos o prontuário familiar e analisarmos a situação dessa gestante? Assim, podemos identificar o que ocorreu e já ir preenchendo os dados que faltam na investigação. E depois cada equipe pode ir fazendo com os outros dois casos, o que acham?*

A maioria faz uma afirmação com a cabeça e Léa pede, então, que Aretuza (auxiliar administrativo) busque o prontuário familiar. Enquanto isso, a ACS Louanne, referência da área dessa notificação, faz alguns comentários:



LOUANNE (ACS 🧑🏽 🧑🏽): Dr. Jailton está certo. Todo mês eu realizava a visita pra essa gestante e a lembrava da consulta do pré-natal. E quando era o dia de tomar a penicilina, que foram três doses, eu ia junto, porque ela tinha medo e me pedia. Todo mundo reclama que essa injeção dói muito e são duas furadas, uma de cada lado. Por isso eu acho que o marido dela não quis tomar. Homem é mais medroso.

Jailton pega o prontuário e faz questão de começar a leitura, complementando com as informações que conhece sobre essa usuária:



JAILTON (enfermeiro 🧑🏽 🧑🏽): Prontuário familiar da paciente Isis Laura da Silva Oliveira, 23 anos, negra, casada, estagiária na escola municipal do bairro. Gravidez desejada. Risco Habitual. A primeira consulta do pré-natal foi realizada no dia 03 de maio de 2018, quando apresentou um exame BetaHCG positivo; data da última menstruação (DUM) foi 01 de março de 2018; idade gestacional (IG) de 9 semanas; PA 120/80 mmHg. A única queixa era um leve enjôo matinal. Realizado exame físico geral. Prescrita suplementação de ferro e ácido fólico. Realizado teste rápido (TR) para HIV, resultado: não reagente; TR para Hepatites Virais, não reagente; TR para sífilis, reagente. Relatou nunca ter realizado teste para sífilis. Solicitada a realização de hemograma completo e VDRL. Realizada a primeira dose de penicilina 2.400.000 UI. Solicitada a presença do cônjuge para realização da testagem. Preenchido e entregue o cartão da gestante. No dia 10 de maio, ela compareceu à unidade para aplicação da segunda dose de penicilina e apresentou o resultado do exame de sangue que fez no serviço particular: hemograma normal e VDRL 1/128. No dia 17 de maio, compareceu à unidade para aplicação da terceira dose de penicilina e comentou que o marido se recusava a vir à unidade. Orientada a usar preservativo para não se reinfectar com sífilis. Em junho, no dia 14, foi a segunda consulta de Pré-Natal, IG de 15 semanas. Anotado pela Dra. Ilana: paciente BEG, LOC, sem queixas, PA 120/70 mmHg. Solicitou exames e encaminhou para marcar a realização do Ultrassonografia (US). A terceira consulta de pré-natal aconteceu dia 19 de julho, IG de 20 semanas. Não trouxe resultado dos exames, pois não estava acontecendo coleta laboratorial no município. Avaliação geral realizada e gestante sem queixas. Encaminhada ao dentista da unidade. Quarta consulta de pré-natal realizada no dia 23 de agosto, IG de 25 semanas: trouxe resultado do US que mostra IG condizente e sem alterações no bebê, sexo feminino. Não apresentou exames de laboratório. A quinta consulta aconteceu no dia 20 de setembro, com IG de 29 semanas: sem queixas, gravidez evoluindo normalmente. Solicitados novos exames. A sexta consulta aconteceu no dia 18 de outubro, IG de 33 semanas. Foi encaminhada para visita de vinculação da gestante ao HPP. No dia 22 de novembro, aconteceu a sétima consulta, com IG de 38 semanas, PA 130/90 mmHg. Passadas as orientações gerais. Realizada coleta laboratorial. Aguardando resultado do exame VDRL. Dia 06 de dezembro, junto com a ACS Louanne, realizei uma visita domiciliar: gestante com IG de 40 semanas, com dificuldade de locomoção pelos pés inchados e referindo sentir a barriga endurecendo. PA 130/90 mmHg. Realizadas orientações gerais e comunicado que se o parto não ocorrer até dia 13 de dezembro, será encaminhada para realização de “cesariana” no município de referência. Essa foi a última anotação que há no prontuário. Mas anotei tudo, como podem ver.

LÉA intervém:



LÉA (gerente 🧑🏽): Então, na reunião que participamos, soubemos que a Isis Laura deu entrada no Hospital Ana Nery no dia 08 de dezembro, pela manhã, em trabalho de parto. Realizou TR, que acusou reagente para sífilis. No resultado do VDRL a titulação estava em 1/128, o que indica que ela estava com infecção por sífilis. Os registros no cartão da gestante, segundo a enfermeira obstetra Gilda, informam a realização de tratamento para sífilis ainda no primeiro trimestre, mas faltaram informações sobre o seguimento a partir do resultado de VDRL. Tivemos alguns problemas no município quanto à realização desse exame, mas foi corrigido. Infelizmente, o bebê

precisou ser transferido para o hospital do município de referência e ficou na UTI neonatal, realizando tratamento por dez dias com penicilina cristalina, sendo notificado o caso como sífilis congênita.



LOUANNE (ACS 🖐️ 🖐️): *Por isso, quando passei na casa dela a mãe comentou que ela não estava. Mas também não me falou mais nada, parecia nervosa. Eu não quis mais atrapalhar.*



Dr. DEOCLÉCIO (médico 🖐️ 🖐️): *Mas o hospital deveria ter informado que ela já teve o bebê. Já estamos em janeiro e nada de termos informação.*



LÉA (gerente 🧑🏻‍💼): *Então a consulta puerperal não foi realizada? Já passamos do prazo. Ninguém acompanhou?*



JAILTON (enfermeiro 🖐️ 🖐️): *Foi por isso que pedi pra Louanne ir lá. Como ela não estava em casa, e como era período de final de ano, não consegui organizar agenda de visita ainda.*

Todos começam a falar ao mesmo tempo e ninguém se escuta. Marina tenta acalmar os ânimos e comenta:



MARINA (coordenadora AB): *Por favor, vamos manter a calma e avaliar a situação com cuidado. É evidente a falha na comunicação, mas também há distanciamento das ações entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que deveriam estar mais integradas para garantir o melhor acompanhamento. Mesmo que essa criança não tivesse nascido com sífilis, necessitaria de seguimento, pois foi exposta à sífilis na gestação. E, mesmo assim, não conseguimos nos organizar para acompanhar. Há falhas no registro do cartão da gestante. Sobre o cartão da criança, não temos ainda nenhuma informação do preenchimento. O prontuário familiar não está dando conta de todas as informações. Esse caso é uma responsabilidade de toda equipe e também do município. Vocês compreendem?*

Há um silêncio. Alguns abaixam a cabeça. Outros se olham. Uns chacoalham as pernas. Marina continua:



MARINA (coordenadora AB): *Precisamos esclarecer quais são estas falhas para corrigirmos a conduta e evitarmos que esta situação se repita. Vamos dar um intervalo de 10 minutos, e, ao retornar, sugiro que cada equipe analise os casos e identifique quais são os equívocos que ocorreram e as ações que podem ser realizadas para evitar situações como essa. Vamos ser propositivos!*

Cada equipe retorna do intervalo, se dedica a leitura dos prontuários e estuda a situação de cada caso. Pensam algumas ações possíveis para serem realizadas e, após cada equipe apresentar sua produção, Marina parabeniza o empenho de todos:



MARINA (coordenadora AB): *Pessoal, muito bacana vocês terem se disponibilizado a olhar para esses casos em busca de identificar as falhas. Esse processo não é fácil, pois coloca em análise o fazer individual e coletivo. Muitas vezes, temos dificuldade de olhar nossos erros, mas isso é essencial para uma análise onde se buscam soluções. Há problemas que não estão em nossas mãos resolver, mas uma boa parte deles está e é necessário um olhar coletivo. Além disso, não*

posso deixar de comentar com vocês o quanto é importante que cada profissional conheça seu território: os determinantes e condicionantes da saúde, áreas de risco e vulnerabilidade, perfil da população atendida, áreas descobertas, entre outras situações que servem de alerta para as equipes. Ainda, reconhecer que o prontuário familiar é um importante registro para acompanhamento dos casos; que a correta utilização da caderneta de saúde da gestante e da criança contribui para evitarmos tratamentos desnecessários, e garante que a informação necessária circule nos locais da rede de saúde onde esses usuários serão atendidos.

Assim, partindo das propostas que vocês apresentaram hoje, sugiro que planejem uma sequência de reuniões de equipe para sanar as carências em relação ao (re)conhecimento e vínculo com o território e planejamento das ações. Estarei à disposição para participar das reuniões quando for possível e acompanharei o trabalho de vocês mantendo o contato semanal com Léa. Bom trabalho a todos e todas!

PARTE 3 - Apoio às equipes para definição e priorização dos problemas

Na semana seguinte, Léa entra em contato com Marina, solicitando apoio no desenvolvimento do trabalho com as equipes. Após a última reunião, os profissionais apresentaram algumas necessidades e estão se reunindo para conhecer o território, aproveitando também que há uma (re)territorialização em curso, frente às novas demandas da política de financiamento da Atenção Básica. Assim, os profissionais afirmaram que ainda tem dúvidas em relação aos casos de sífilis: “Ninguém está sabendo muito por onde começar”.

Em uma ligação telefônica:



LÉA (gerente ): Oi Marina, tudo bem? Estou precisando de seu apoio para o desenvolvimento de ações de planejamento com as equipes. Todos ficaram bastante mobilizados após a última reunião e vejo que podemos aproveitar esse momento. O que você acha? Tem disponibilidade em nos ajudar?



MARINA (coordenadora AB): Certamente, Léa. Penso ser, este, o momento ideal. Vamos combinar uma reunião incluindo os demais gerentes de UBS, para nos organizarmos. Poderia ser amanhã à tarde aqui na secretaria. Para ajudar, vou encaminhar, por e-mail, um material sobre Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS), que me ajudou muito na época da Residência.



LÉA (gerente ): Combinado. Até amanhã.



MARINA (coordenadora AB): Até.

Na tarde seguinte, a reunião acontece. Marina começa dando as boas-vindas e esclarecendo o ponto de pauta. Como nem todos os gerentes das UBS chegaram, ela passa logo a palavra para Léa.



LÉA (gerente ): Na UBS Flor de Mandacaru, as duas equipes iniciaram o processo de territorialização a partir de uma outra realizada há tempos atrás. Agendaram uma primeira reunião integrada, elaboraram um roteiro e já estão desenvolvendo o reconhecimento do território. Alguns profissionais participaram na primeira vez e estão colaborando com os “novatos”. Nem todos estão empenhados, mas a maioria vem se dedicando, principalmente os ACS. O difícil, segundo eles, está sendo conciliar com a agenda de atendimentos e visitas domiciliares. Bem, neste processo, e pensando no próximo passo que a equipe precisa dar, eu estive lendo aquele material que você me enviou sobre PPLS, e preciso tirar dúvidas para melhor orientá-los. Já participei de algumas capacitações, mas alguns passos ainda não consigo compreender muito bem, principalmente sobre a análise de situação de saúde, que será realizada agora.



MARINA (coordenadora AB): Você está sendo bem estratégica em aproveitar este momento de empolgação da equipe. Vamos lá, quais são as suas dúvidas? Você tem clareza de como a equipe pode utilizar a análise de situação de saúde?



LÉA (gerente ): Então, eu sei que a análise de situação de saúde faz parte do PPLS, mas ainda não abordamos este tema de forma direta, pois estamos focados no levantamento de dados da territorialização. É bastante coisa. E estou com dificuldade de entender por onde começar. Qual seria o primeiro passo?



MARINA (coordenadora AB): Vamos lá. Após finalizada a territorialização, é preciso organizar as informações para encontrar as respostas que precisamos. Na prática, você destacou para a equipe a importância das informações de saúde que eles mesmo produzem, como os relatórios do e-SUS e os livros de registro dos profissionais? Além de utilizar os sites do DATASUS ou dados disponibilizados no CAMAB?



LÉA (gerente ): Sim, eu citei na reunião. Alguns já conheciam, mas geralmente não utilizam nenhuma dessas informações para organizar a agenda. Acaba tudo sendo a partir da demanda que chega. Queremos começar a fazer isso a partir de agora.



MARINA (coordenadora AB): Certo. A coleta das informações é importante, para que os dados sejam fidedignos. Assim, é essencial que a equipe observe algumas questões no seu território, como as doenças e causas de morte mais prevalentes por grupo populacional, por exemplo. Desta forma, pode começar a desenhar o perfil da população e identificar quais os problemas que precisam de maior atenção. Podem também levantar a quantidade de gestantes por faixa etária, já que esse foi um ponto identificado pela equipe. A ideia de dividir por faixa etária pode ajudar no planejamento das ações. É importante também que a equipe identifique outras informações que sejam preocupantes no bairro, como esgoto a céu aberto, lixo acumulado, etc. Para não se restringir apenas a problemas biológicos.



LÉA (gerente ): Entendi. Todas estas informações estão presentes no roteiro que eles elaboraram e que ficou muito bom. Mas minha dúvida continua sendo: como vamos utilizar estas informações para priorizar os problemas? Porque problema é o que não falta, né? Dá até um desânimo! [Suspira, colocando as mãos no rosto].



MARINA (coordenadora AB): Vou te mostrar como funciona. O primeiro passo, após a territorialização, é a consolidação da análise de situação de saúde, utilizando os dados coletados nas atividades anteriores. Esse material auxilia a equipe a identificar os problemas do território. Por exemplo, a equipe identificou nos sistemas de informação registros de muitos casos de gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita. Assim, o elevado número de gestantes com sífilis é um problema para essa equipe. Do ponto de vista do PPLS, o problema deve ser encarado como uma realidade insatisfatória, mas superável.



LÉA (gerente ): Aff...e precisamos ter todo esse cuidado pra definir o que é um problema? Pensei que fosse mais simples...



MARINA (coordenadora AB): Parece, mas é importante compreender que, se a equipe não caracterizar corretamente o problema que será abordado, corre-se o risco de atrapalhar as etapas subsequentes e não avançar a um plano de ação factível. Mas, veja só, não é um bicho de sete cabeças. Você pode responder às seguintes perguntas que ajudam na descri-

ção do problema: o quê? quando? onde? e quem? Por exemplo: no ano de 2018 (quando) foram notificados muitos casos de sífilis (o quê) em gestantes (quem) no território de atuação da equipe Flor 2 (onde).



LÉA (gerente ): *Veja se entendi: dando continuidade ao exemplo de problema que acabamos de descrever, precisamos, agora, estudá-lo, para conseguir planejar ações que serão necessárias para resolvê-lo e/ou amenizá-lo. É isso? Conhecendo as causas, fica mais fácil pensar ações. É preciso aprofundar para não ficarmos sempre realizando ações na superficialidade, “apagando incêndio”, como acontece o tempo todo na unidade.*



MARINA (coordenadora AB): *Isso! Então, como você faria agora?*



LÉA (gerente ): *[pensativa] Deixe-me ver: primeiro, temos o território definido com diagnóstico; em seguida, levantamos todos os problemas; depois, buscamos a explicação de suas causas... pois é, qual passo vem agora? Que dúvida!*



MARINA (coordenadora AB): *Calma. Ao realizar a territorialização da equipe, já será possível iniciar um diagnóstico da comunidade e identificar quais os problemas. Está certo. Agora... Você já sabe qual problema vai escolher?*



LÉA (gerente ): *Bem, em relação a situação que estamos enfrentando [pensativa] seria o número elevado de gestantes com sífilis?*



MARINA (coordenadora AB): *Sim, você pode partir de uma situação-problema, como essa. Porém, pode também priorizar algum a partir de problemas identificados na territorialização. A equipe pode identificar vários problemas, como lixo acumulado nas ruas; tráfico de drogas; grande número de homicídios de jovens abaixo de 21 anos; número elevado de pessoas com hipertensão; número elevado de pessoas acamadas; grande quantidade de pessoas com intoxicação por agrotóxicos; não funcionamento da sala de vacina todos os dias... e a lista segue. O ideal é fazer esse levantamento junto com a comunidade. Para planejar as ações, é preciso priorizar, pois não podemos resolver todos de uma vez só, concorda?*



LÉA (gerente ): *Concordo, e muito.*



MARINA (coordenadora AB): *Então, vou te mostrar aqui uma forma de priorizar os problemas, lembrando que priorizar alguns não significa descartar os demais problemas, mas decidir os que serão enfrentados em um primeiro momento. Existem várias formas de realizar a priorização e os critérios podem ser criados pela própria equipe, conforme a sua realidade. Vamos fazer uma adaptação, a partir da sugestão deste material de sobre planejamento que tenho aqui, de TEIXEIRA e VILASBÔAS¹⁵, para que a equipe se familiarize com esta forma de trabalhar.*

15. TEIXEIRA C.F.; VILASBÔAS, A.L.; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. in: TEIXEIRA, C.F. (org.). Planejamento em saúde: conceitos métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010. Pág. 51-75.



LÉA (gerente ): Ótimo, Marina, neste primeiro momento precisamos quebrar a resistência dos profissionais em relação ao planejamento. Alguns consideram um processo chato, muito burocrático, a gente acaba seguindo o que já faz sem planejar direito.



MARINA (coordenadora AB): Então, uma das formas de priorizar é fazer um processo de escolha que implica na ordenação dos problemas listados mediante a aplicação de critérios para atribuição de valor e, ao final, o problema que receber a nota mais alta será o primeiro a ser priorizado, e assim sucessivamente; ou, identificar qual critério terá maior peso na priorização, por consenso com o grupo. A priorização é um procedimento necessário, mediante o caráter sistêmico e complexo dos problemas de saúde e a escassez de recursos para enfrentá-los. Segundo Teixeira e Vilasbôas (2001), para priorizar pode-se responder às seguintes perguntas, de acordo com o tipo de problema:

Problemas do estado de saúde da população

O problema é frequente?

O problema é considerado importante?

Existem conhecimento e recursos disponíveis para que a equipe da unidade possa enfrentá-los?

Problemas da unidade de saúde

O problema é considerado importante?

É necessária uma ação imediata?

Os recursos existem e estão disponíveis?



MARINA (coordenadora AB): Você pode fazer da seguinte forma: pegar a lista com todos problemas elaborada a partir da territorialização e priorizá-los respondendo às perguntas acima, considerando se o problema é referente ao estado de saúde da população ou se é um problema da unidade de saúde. No texto você encontra os critérios e pontos possíveis.



LÉA (gerente ): Entendi. A priorização vem antes de explicar a causa dos problemas, se fosse o contrário, teríamos que aprofundar muitos problemas, inclusive aqueles que não vamos trabalhar agora e não terminaríamos nunca! Parece bem óbvio agora! Vou passar isso para as equipes. Ah! Mas fiquei curiosa com outra coisa... já estou pensando na próxima etapa e li que a parte explicativa dos problemas pode ser desenvolvida através de um método chamado “árvore explicativa de problemas”. Você conhece? Parece ser bacana, já que trabalha de forma mais lúdica, assim, ajudaria a sensibilizar os profissionais para o planejamento.



MARINA (coordenadora AB): Então, esta é uma metodologia de fácil aplicação e pode ajudar nessa etapa. Após a equipe listar e priorizar os problemas identificados, é preciso conhecer bem suas causas e consequências, para que o planejamento das ações seja exitoso.

 LÉA (gerente ): *Legal, e como trabalhamos com ela? Estou empolgada.*

 MARINA (coordenadora AB): *Eu também gosto de trabalhar com a árvore de problemas. Veja como funciona:*



Fonte: COSTA, PINHO e FERREIRA, 2015.

Então, de forma representativa, o problema central é o caule; as causas são as raízes; e, as consequências, os galhos e folhas. Para trabalhar com a árvore de problemas, utilize um papel metro com o desenho da árvore. Cada participante deve escrever, em tarjetas, três causas que explicam o problema principal, e então, devem colar as tarjetas na árvore. O facilitador retira as causas repetidas. A partir disso, cada participante identifica, verbalmente, qual a causa que considera principal e o grupo deverá escolher as causas mais importantes. E na sequência, o grupo deve proceder da mesma forma para escolher as consequências mais importantes.

 LÉA (gerente ): *Então, se o problema escolhido for o alto número de gestantes com sífilis, este é o problema central, certo?*

Nas raízes, descreveremos as causas deste problema:

causa: não utilização de métodos preventivos;

causa: dificuldade na busca e tratamento das parcerias sexuais;

Nos galhos e folhas, temos as consequências:

consequência: crianças nascendo com sífilis congênita;

consequência: crianças com neurosífilis;

consequência: óbito fetal infantil;

consequência: reinfeção por sífilis.

Não parece muito complicado, mas é preciso estar bem atenta ao que é causa e ao que é consequência, para não confundir. Agora, quero ver na prática. Marina, deixa eu ver se entendi: ainda estamos no primeiro momento do PPLS, que consiste na identificação, formulação, priorização e explicação de problemas. Correto?

MARINA (coordenadora AB): *Sim. Está correto!*

 LÉA (gerente ): *E o que virá depois? Li que o segundo momento do PPLS é a definição de objetivos. Penso que, quando chegarmos a esse ponto, teremos avançado bem, não é mesmo?*

 MARINA (coordenadora AB): *Sim, com certeza, e de forma qualificada, estratégica. Certamente as ações que serão desenvolvidas atingirão a raiz dos problemas que vocês enfrentam hoje, compreende?*

 LÉA (gerente ): *Compreendi e colocarei em prática o uso da árvore explicativa de problemas, e depois seguiremos para o momento 2 do PPLS. Estou bastante feliz com esse momento, de mobilizar a equipe. Meu trabalho estava tão rotineiro e cotidiano que precisava dar uma levantada mesmo. Muito obrigada, Marina.*

A reunião é encerrada, mas já com novo momento de encontro marcado para a próxima semana, quando darão continuidade à organização de apoio às equipes para a definição dos objetivos.

PARTE 4 - Apoio às equipes para definição dos objetivos

Na semana seguinte, Léa e Marina não conseguem se encontrar. Por telefone, Léa explica rapidamente como está sendo desenvolvido o trabalho das equipes. Comenta que a priorização dos problemas foi o momento mais difícil, pois ficaram evidentes algumas dificuldades relacionadas ao trabalho em equipe. Além disso, os profissionais do NASF-AB não conseguiram participar, mas para a próxima reunião, o professor de educação física sinalizou uma possibilidade de estar presente. Há questões que precisam ser resolvidas para que se encontre um ambiente colaborativo entre os profissionais, há muita fragmentação de agendas. Léa entende estas dificuldades, e sabe que mais cedo ou mais tarde, precisará abordar este assunto com Marina. Entretanto, opta por dar continuidade ao processo de planejamento, visto que, apesar dos problemas, todos estão se dedicando.

Em conversa ao telefone, desabafa:

 LÉA (gerente ): *Marina, o planejamento pelo PPLS leva tempo e exige dedicação! Já estamos no terceiro encontro e ainda tem tanto pra fazer! Após realizada a territorialização, utilizamos um encontro para compartilhar as informações e diagnóstico da comunidade. O encontro seguinte foi para priorização dos problemas. Este encontro foi demorado e um pouco pesado. Acabei deixando um intervalo maior entre as reuniões para diminuir a tensão na equipe. A ideia de trabalho em equipe ainda está mal entendida. Entendo que cada um tem a boa intenção de resolver da melhor forma os problemas da sua área de referência, porém, tem dificuldade de compreender que é preciso colaborar e, por vezes, ceder para que todos possam atuar sem sobrecarga. Por um momento pensei que tudo iria por água abaixo. Mas dei um tempo, respirei... e conto com você pra me ajudar.*



MARINA (coordenadora AB): *É assim mesmo! É um processo complexo para uma primeira vez, mas depois que estamos familiarizados, tudo fica mais fluido. E todos estamos aprendendo com isso.*



LÉA (gerente ): *Com certeza! Você estará presente na nossa próxima reunião? A proposta é realizarmos a definição dos objetivos. Alguns profissionais estão sentindo falta de algum tipo de instrumento para utilizar e pensei em disponibilizar algum material.*



MARINA (coordenadora AB): *Sim, estarei presente. Pode ser interessante mesmo. Veja a tabela que vou enviar para você por email, para ajudar na definição dos objetivos.*

Uma semana depois, acontece mais uma reunião de equipe na UBS Flor de Mandacaru. O professor de educação física da equipe NASF-AB, Alisson, está presente. Lea aguarda que todos se acomodem:



LEA (gerente ): *Boa tarde! Quero agradecer a presença de todos e todas, e também agradecer a presença do NASF-AB. É muito importante essa integração para ampliarmos possibilidades de ações.*



ALISSON (NASF-AB): *Boa tarde pessoal. Hoje consegui participar pois estava em uma agenda aqui perto, na Academia da Saúde. Preciso estar mais atento aos idosos que vem utilizando os equipamentos. Nas sextas-feiras, a equipe do NASF-AB está em atendimento na UBS Centro, e as agendas andam lotadas. Mas, na medida do possível, podemos nos organizar para estar presente. Se puderem alterar o dia da reunião para os momentos que temos agendas aqui na unidade, poderia facilitar. Mas é uma sugestão.*



LEA (gerente ): *Certo Alisson, ao final da reunião podemos avaliar sua sugestão. Que bom que você conseguiu vir hoje. Estamos na etapa de priorização de problema e, após a reunião, posso te colocar a par de tudo que já realizamos. E, dando início, passo a palavra para Marina.*



MARINA (coordenadora AB): *Boa tarde pessoal! Quero parabenizar a todos e todas pelo trabalho que vem sendo realizado. Lea tem me mantido atualizada sobre as reuniões e a produção de vocês, e vejo que estão indo muito bem. Soube também que a última reunião foi cansativa. Atribuo a isso o fato de estarem realizando algo novo, que não estão acostumados, e sabemos que leva um tempo pra gente se familiarizar com esta rotina de planejamento. O importante é não desanimar. Vocês produziram bastante nestes últimos encontros, e agora mantém a frequência das reuniões semanais. Esse é o primeiro ganho com esse processo de planejamento, não acham? Mesmo que nem todos estejam presentes, ou não deem a devida importância, valorizar este espaço para se encontrarem e criarem uma sintonia entre vocês é essencial para o trabalho em equipe. Mas, agora, retomando o planejamento:*



MARINA (coordenadora AB): *Hoje estou aqui para ajudar na definição dos objetivos, uma etapa bastante importante e que antecede a definição de ações que vocês conversaram*

após a árvore de problemas. De forma bastante direta, o objetivo geral é a expressão positiva do problema principal. Continuando com o exemplo da sífilis, para o problema **alto número de gestantes com sífilis**, o objetivo geral deve ser escrito como **reduzir o número de gestantes com sífilis**.

PROBLEMA: ALTO NÚMERO DE GESTANTES COM SÍFILIS

Objetivo geral: reduzir o número de gestantes com sífilis

Já os objetivos específicos, por sua vez, são a expressão positiva das causas dos problemas. Para a causa **dificuldade na busca e tratamento das parcerias sexuais das gestantes**, o objetivo específico pode ser escrito, por exemplo: **intensificar a busca e o tratamento das parcerias sexuais das gestantes**.

CAUSA: DIFICULDADE NA BUSCA E TRATAMENTO DAS PARCERIAS SEXUAIS DAS GESTANTES

Objetivo específico: intensificar a busca e o tratamento das parcerias sexuais das gestantes

E, para cada objetivo específico, devemos definir as ações necessárias para alcançá-los. Por exemplo, para intensificar a busca e o tratamento das parcerias sexuais, podemos escrever as ações: **qualificação das estratégias de busca das parcerias, realização da testagem e tratamento acompanhado das parcerias** (que é fazer teste rápido no domicílio da parceria sexual e tratamento imediato para os casos positivos). Além dessas ações, várias outras podem ser planejadas. A necessidade e capacidade da equipe é que vão definir quantas e quais.

OBJETIVO ESPECÍFICO: INTENSIFICAR A BUSCA, IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DAS PARCERIAS SEXUAIS DAS GESTANTES

Ações:

Qualificação das estratégias de busca das parcerias sexuais
Realização da testagem (teste rápido) no domicílio e na consulta em que a parceria da gestante estiver presente
Realização do tratamento acompanhado das parcerias sexuais

Em um outro exemplo: para a causa **não adesão ao tratamento da sífilis pelas parcerias sexuais das gestantes**, o objetivo específico pode ser escrito como **estimular a adesão das parcerias sexuais das gestantes ao tratamento da sífilis** e, para o alcance deste objetivo, as ações poderiam ser **a realização de atividades educativas e de prevenção da sífilis**. Observem que há ações que podem contribuir para o alcance de mais de um objetivo específico.

OBJETIVO ESPECÍFICO: ESTIMULAR A ADESÃO DAS PARCERIAS DAS GESTANTES AO TRATAMENTO DA SÍFILIS

Ações:

Realização de atividades educativas e de prevenção da sífilis
Realização da testagem (teste rápido) no domicílio e na consulta em que a parceria da gestante estiver presente
Realização do tratamento acompanhado das parcerias sexuais

Quando vocês forem realizar a programação operativa em torno do problema priorizado, que está ao final do PPLS, as ações descritas poderão ser decompostas em atividades menores dentro da ação. Por exemplo, na ação **realização de atividades educativas e de prevenção da sífilis**, vocês podem pensar nas atividades de sala de espera para sensibilizar a presença das parcerias sexuais no pré-natal, atividades de saúde do homem um sábado por mês e outras atividades educativas e preventivas a serem realizadas em pontos estratégicos do território.



NILDINHA (dentista 🦷): Então, iremos seguir assim para cada um dos problemas priorizados?



MARINA (coordenadora AB): Sim. Mas, não precisam fazer tudo de uma vez só. Vocês podem elaborar os objetivos para o primeiro problema, por exemplo, e seguir para a próxima etapa, para deixar o planejamento referente a este problema bem organizado. Somente depois elaborariam os demais. Pode ser que algumas ações se complementem e vocês possam integrar os planos. Afinal, o planejamento não é algo rígido e precisa ser periodicamente visitado. Podemos seguir?

Todos concordam, acenando a cabeça, alguns com semblante desconfiado, mas seguem adiante.



MARINA (coordenadora AB): O próximo passo é importante para avaliar quais são as potencialidades e limitações da equipe perante o problema escolhido. Chama-se **análise de viabilidade**. Nesta etapa, vocês responderão à seguinte pergunta: **qual a potencialidade da equipe para atuar neste problema?** No exemplo que estamos utilizando, percebam que as ações escolhidas são bem passíveis de serem realizadas pela equipe.



LÉA (gerente 🧑🏻‍💼): A partir daqui estou mais familiarizada com o processo. Vamos planejar as ações, ou seja, como fazer melhor a busca das parcerias, definindo quem, quando, onde, frequência... correto?



MARINA (coordenadora AB): Isso mesmo. Porém, para o dia de hoje, sugiro que estejam focados na elaboração dos objetivos, e planejem as ações em outra reunião. Para que o processo seja mais tranquilo e que todos possam esclarecer as dúvidas.



JAILTON (enfermeiro 🧑🏻‍⚕️ 🧑🏻‍⚕️): Estamos nos esquecendo de algo importante. Lembro que participei de uma roda com os apoiadores da DAB¹⁶, na época em que eu era coordenador da AB, e eles falaram sobre avaliação e monitoramento. Eu lembro bem da fala de uma das técnicas de avaliação e monitoramento. Ela disse que avaliação e monitoramento se faz o tempo todo, e que é imprescindível para que um planejamento dê certo. E ela dizia que não era preciso ter uma técnica específica, pois todos já fazemos isto no dia a dia, até quando cuidamos da nossa casa. Eu nunca me esqueci disso e busco sempre registrar os preventivos que realizo, os TR também. Tenho todas as informações registradas e faço o acompanhamento de todos da minha área. Mas, assim, neste exercício que estamos fazendo, me parece mais complexo.

16. DAB - Diretoria de Atenção Básica - SESAB



MARINA (coordenadora AB): Por isso sugeri que vocês dividam as atividades para cada reunião, para que o processo não seja tão cansativo. Demora um pouco mais, porém vocês ganham em qualidade da discussão. E o tema da avaliação e monitoramento é muito importante, sendo um dos momentos do PPLS que vamos trabalhar mais adiante.



LÉA (gerente 🧑‍💼): Pronto. Agora, mãos à obra! Vamos elaborar os objetivos, começando pelo problema prioridade 1.



NILDINHA (dentista 🦷): Veja só, estou aqui angustiada e preciso falar: eu atendo pacientes das duas equipes, pois aqui é só uma equipe de saúde bucal. Um território pela manhã e outro pela tarde. Tem dias que entro no consultório e só saio quando o sol está descendo. Não tenho muito tempo pra fazer atividades fora do consultório. Já basta ir uma vez por mês nas duas escolas do bairro pra fazer escovação supervisionada. Além disso, nunca tomei curso para realizar TR. Não estou me vendo nesse PPLS.

Léa fica um pouco preocupada e pensativa: “Será que vou conseguir trabalhar com a equipe desta forma? São tantos problemas...”

Respira fundo e responde:



LÉA (gerente 🧑‍💼): Nildinha, vamos seguir com as atividades, e, enquanto isso, pensaremos juntos na melhor forma de incluir as ações de odontologia no nosso planejamento, a partir do que você relatou. Talvez tenhamos que inserir, nas nossas ações, o treinamento dos profissionais para realização dos TR. O que acham? Quando chegarmos na elaboração das ações, ficará mais fácil perceber a inserção da equipe de saúde bucal. Vamos aproveitar esse exercício de planejar. Quero compartilhar com vocês uma frase que li e me mobilizou bastante: “Planeja quem executa”.

Marina sorri, com a sensação de que a equipe está bem encaminhada. Pede licença pra se ausentar, pois precisa ir para outra reunião. Léa agradece a presença de Marina e dá continuidade, apresentando as **matrizes de análise de viabilidade** e de **programação operativa**, para preenchimento. Sem esquecer que, ao final, precisará avaliar com o grupo a possibilidade de alteração da agenda de reuniões.

MATRIZ DE ANÁLISE DE VIABILIDADE

Problema				
Objetivo geral				
Objetivo específico	Ações necessárias para atingir cada objetivo específico	Facilidades	Dificuldades	Estratégia(s) para superar a(s) dificuldades e aumentar a(s) facilidades

PROGRAMAÇÃO OPERATIVA			
Problema:			
Objetivo geral:			
Objetivo específico	Ações/atividades	Responsáveis	Prazos

PARTE 5 - O trabalho em equipe

Passadas duas semanas, as equipes da UBS Flor de Mandacaru estão novamente reunidas para dar encaminhamento às ações propostas no PPLS. Alguns trabalhadores agradecem por terem uma gerente de unidade que, com apoio da enfermeira Priscilla, está contribuindo e incentivando essa pauta. Alguém acompanhando e monitorando a execução dessa atividade ajuda a todos manterem o foco.

Agora, as equipes já possuem um turno fixo de reuniões semanais acontecendo nas terças feiras, no período da tarde, e, assim, a equipe NASF-AB consegue estar presente. Entretanto, alguns trabalhadores das equipes nem sempre participam. Várias questões foram apontadas pela equipe na dinâmica da “árvore de problemas”, e o alto número de gestantes com sífilis foi identificado como um dos problemas prioritários, pois o ano mal começou e três novos casos surgiram. Porém, ao planejar as ações, algumas dificuldades para desenvolvimento do trabalho em equipe ficaram mais evidentes.

A reunião tem como pauta o fechamento das ações e elaboração dos indicadores, mas todos estão muito dispersos e falando ao mesmo tempo:



PRISCILLA (enfermeira 🧑): Gente, eu já tentei falar com Beatrice, a psicóloga, para realizarmos juntas a sala de espera do pré-natal, para sensibilizar as parcerias das gestantes a virem na consulta, mas os dias previstos não coincidem, o atendimento é na sexta e ela só pode na terça. Essa ação precisará ser revista, penso eu.



DORALICE (técnica de enfermagem 🧑): Vi que colocaram como proposta de ação que os técnicos de enfermagem e os ACS contribuam com a sala de espera, mas, eu mesma preciso conhecer mais sobre sífilis para poder falar. Até agora só sei que precisa usar camisinha e que pode pegar novamente depois de tratar. E já falei também que não aplico penicilina enquanto não houver suporte de carrinho de parada. O Teste Rápido eu faço, com supervisão da enfermeira. O Dr. Deoclécio pode fazer também, mas ele nem veio na reunião hoje pra gente ver essa situação.



GRACINHA (ACS 🧑): Estou acompanhando as gestantes da minha área e da área da ACS Marta, que está de licença médica. Mas em nenhuma dessas estou conseguindo agendar a visita de puerpério há mais de mês. Uma dessas “paridas” fez o tratamento da sífilis. Tem também uma adolescente que está com bebê recém-nascido, não realizou o pré-natal porque escondeu a gravidez. Estou em pânico com cada criança que nasce, porque vejo o sofrimento do bebê da Alcione, que está com atraso e descobriram que está surda. É de partir o coração!



Dra. ILANA (médica 🧑): Pois é, estou acompanhando essa criança e a dificuldade na solicitação do exame VDRL para seguimento, continua. Já encaminhei para o infectologista, mas ainda não foi marcado. Ainda bem que conseguimos que um dos fisioterapeutas do NASF-AB, Luiz, iniciasse o acompanhamento.



LÉA (gerente 🧑): Pois é. Mas, voltando para o PPLS, vocês identificaram algumas questões, não é mesmo?! A dificuldade está sendo quanto aos responsáveis e prazos? E quanto aos indicadores, estão tendo dificuldades? Alguém quer falar mais sobre isso?



JAILTON (enfermeiro 🧑 🧑): Eu quero! Vejam só, quanto à ação de implantação do acolhimento na unidade, que vai contribuir para organizarmos diversas demandas, estou receoso. Vejo todos concordando, mas ainda não vi ninguém se disponibilizando em mudar sua programação ou sua agenda, realizar treinamento, etc. Venho pensando muito nisso e fiz uma autoanálise. Observei as falhas com relação ao caso da Isis Laura; tenho uma necessidade de estar mais atento ao trabalho dos ACS; preciso acompanhar melhor os resultados dos exames de seguimento; sinto necessidade de melhorar a comunicação com a equipe; e tantas outras coisas que anotei. Mas, quero dizer que, sozinho, eu não vou conseguir nada. Quero muito que possamos rever nossa agenda de atendimento. Como podemos torná-la mais integrada?



LÉA (gerente 🧑): Você tocou em um ponto fundamental, Jailton, a agenda da equipe. Tem outros pontos que quero comentar, como isso que Doralice sinaliza sobre a penicilina, mas quero saber se mais alguém quer falar.



GIDEON (ASB 🧑): Aqui! Nesses últimos tempos, a Dra. Nildinha e eu estamos conversando muito e chegamos à conclusão que vou compartilhar com vocês, já justificando que a

mesma não está presente pois seu netinho nasceu esta manhã.

Todos felizes com a novidade, Gideon continua:



GIDEON (ASB 🦋): *A cada dia, percebemos que muitas pessoas que chegam ao consultório não têm qualquer informação sobre uma escovação adequada. Quando chegam, já é perdendo dentes. Além disso, a escovação supervisionada, que realizamos nas duas escolas, tem nos ajudado a perceber que as crianças são mais do que dentes. Outro dia, um menino veio me perguntar sobre umas manchas que ele tem no braço e no peito, e disse que a mãe não tem tempo de trazê-lo à unidade. Conversei com o ACS Roberto, que acompanha a área da invasão do Riacho, e ele vai passar lá essa semana. Me senti tão útil e foi tão fácil, que pensei: como podemos produzir melhor o momento de ida na escola? Como podemos nos organizar pra sair mais do consultório? Temos o PSE, mas tudo já vem programado para executarmos. Isso desanima.*



LÉA (gerente 🧑🏫): *Muito bacana as suas observações, Gideon. Quero aproveitar também e reforçar que todos nós precisamos estar mais atentos ao território. A situação dessa criança do Riacho do Angico preocupa, todos que estão lá vivem uma situação de extrema vulnerabilidade. Temos somente um ACS na área, mas temos uma equipe com responsabilidade sanitária, não é mesmo? E com esse mote, quero poder conversar com vocês sobre trabalho em equipe e agenda integrada dos profissionais. Podemos?*

Todos consentem.



LÉA (gerente 🧑🏫): *Para iniciar, compartilho com vocês o relato que ouvi de um trabalhador de uma UBS, ano passado. Ele me fez refletir muito. Diz o seguinte:*

“Trabalhar com pessoas nunca é fácil, muito gente acredita que [é] trabalho braçal. É não. Mais difícil e sofredor [o trabalho braçal], porém tem suas rotinas na qual já se sabe sua tarefa e o organismo se adapta, já no nosso caso, cada dia é único, não fazemos ideia do que esperar, podemos tentar se organizar e se antever em algumas tarefas porém o fator pessoas, o fator gente, sempre irá nos surpreender, seja para o bem ou para tentar nos colocar para baixo, todavia quero dizer que estou feliz e orgulhoso de trabalhar com as pessoas que hoje trabalho, bom fim de semana e bom feriado. (mensagem de um trabalhador de uma UBS, enviada por whatsapp para sua equipe. Ano 2019).”

Após a leitura, há um silêncio que aos poucos começa a ser quebrado. Um comenta sobre o quanto é difícil o trabalho com pessoas, pois todos possuem suas prioridades. Outro comenta que o fato de alguns terem privilégios em relação a outros, como folgas, carga horária diferenciada, etc., contribui para causar mal-estar e distanciar as relações. Uma outra pessoa também comenta que, para trabalhar com gente, é preciso ter empatia. Assim, surgem diversos comentários, até que Léa pergunta:



LÉA (gerente 🧑🏫): *Quem aqui, de fato, trabalha em equipe? Cada um conhece sua atribuição e a do outro? E a atribuição do trabalho em equipe?*

Após longo silêncio, ela sugere:



LÉA (gerente ): *Tenho aqui três experiências bem interessantes, que busquei no site da Rede Humaniza. Gostaria que se dividissem em grupos para ler, levantando suas impressões. Depois vamos organizar um grande painel, com frases que nos motivem nessas mudanças. Vamos lá!*

Após a leitura, Léa também lembrou a cada um as atribuições individuais e coletivas do trabalho na AB. Comentou, ainda, sobre a Nota Técnica nº 3/2017, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), afirmando que a penicilina pode ser feita na AB e que não há necessidade de “carrinho de parada”, visto que a ocorrência de reação anafilática à penicilina tem uma incidência muito baixa, sendo menor que a incidência de reação por ingestão de camarão, por exemplo. Assim, sua aplicação nesse nível de atenção é muito segura e respaldada pela legislação.

Outros apontamentos surgiram, mas, em consenso, concluíram que a agenda precisa estar mais integrada para que o trabalho em equipe possa fluir melhor e de acordo com o que está planejado. Concluíram também que o PPLS chegou em um momento importante para contribuir com as mudanças que alguns estavam dispostos a fazer. Alguns ainda estão ansiosos, outros esperançosos, uns poucos ainda descrentes, mas todos já compreendem que não conseguirão mais escapar de um pensamento: “se todos estão dispostos, também estou!”.

PARTE 6 - Trabalho em equipe e educação permanente

Após alguns dias, as equipes vêm planejando conjuntamente algumas ações do PPLS, além de reavaliarem questões que estavam “travando” uma agenda mais integrada. Algumas questões foram encaminhadas para a gestão e Marina se prontificou a resolvê-las pessoalmente, como o problema sobre o VDRL de acompanhamento (o laboratório contratualizado precisa garantir esse resultado num prazo mais curto para o seguimento adequado) e a carga horária reduzida de alguns profissionais, como a dos médicos, que atuam três vezes na semana. Há mudanças significativas à partir da nova portaria de financiamento da APS (Portaria nº 2.979/2019), e precisa ser estudada a melhor estratégia para garantir esse profissional nas equipes.

Marina e Léa preconizaram a importância do manejo da sífilis na AB, por ser de responsabilidade de todos os profissionais. Estão organizando o treinamento para realização do TR para médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cirurgia-dentista, pois a ampliação de profissionais que realizam o TR dará maior garantia de captação das pessoas que necessitam de tratamento. Perceberam que é muito simples organizar o curso, pois está disponível via plataforma do Telelab, então, é só organizar quem já tem a prática para ir treinando quem já concluiu a parte teórica.

As equipes realizaram um trabalho bem interessante, principalmente depois da troca de experiências sobre atividades que podem ser realizadas em equipe, como a interconsulta e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). E já estão pensando mais no território e suas necessidades, até conversando sobre uma proposta de Projeto Saúde no Território (PST), com a área de invasão no Riacho do Angico. Esse também foi um problema prioritário identificado a partir da árvore de problemas: pessoas em situação de extrema vulnerabilidade social na área de invasão.

“Há muito o que fazer para que essa população alcance uma melhor qualidade de vida, [pensou alto Léa]”. E continuou reflexiva: “como a equipe pode estar se preparando melhor e não perdendo o olhar analítico e contínuo para seu território? É... creio que é chegada a hora de aprofundarmos o tema da Educação Permanente (EP) com as equipes. Será que percebem que já estão nesse movimento? Precisamos que seja mais.”



LÉA (gerente ): Oi Marina, tudo bem? Estava querendo conversar contigo sobre o andamento do trabalho com as equipes. Tem muita coisa boa acontecendo. O PPLS deu um gás danado na equipe, e eu estou me sentindo bastante motivada também. Sempre há algumas questões cotidianas que surgem, mas o bom é ver a própria equipe em busca de solucionar esses entraves. Vejo um amadurecimento do grupo, em geral. E sem contar que o que não está na governabilidade da equipe, eles vêm encaminhando de forma mais organizada. O trabalho está bem mais fluido.



MARINA (coordenadora AB): Que bom, Léa. Esse movimento é muito bacana e um dos resultados esperados. Certamente, cada equipe reagirá de uma forma, mas já é um bom caminho ter uma unidade com duas equipes e diversos problemas em território, dialogando e buscando encontrar juntas a solução.

 LÉA (gerente ): Verdade. Espero que consigamos manter esse ritmo. E é por isso que estou te ligando, pensei em proporcionar uma discussão sobre EP, você topa? Pensei numa roda de conversa, que acha?

 MARINA (coordenadora AB): Topo. Podemos ver se o telessaúde Bahia tem algum material para nos ajudar. Precisamos explorar mais esta ferramenta, que ajuda bastante. Vamos solicitar treinamento para nossas equipes de Sertão Bonito. Vou fazer contato hoje com a SESAB.

 LÉA (gerente ): Obrigada Marina. Sua participação pode ser na próxima reunião de equipe? Agora as reuniões acontecem nas terças feiras à tarde, a partir de 13:30. Se precisar de data-show, me avisa.

 MARINA (coordenadora AB): Combinado, estarei aí.

Na terça-feira, na reunião de equipe:

 LÉA (gerente ): Boa tarde pessoal, vou passar aqui algumas questões pra vocês e, em seguida, teremos nosso momento com Marina, sobre Educação Permanente. Primeiro, informo que recebemos um material a ser fixado em cada mesa de consultório, que orienta a conduta para tratamento dos casos de sífilis. Preciso que cada equipe organize a fixação desses adesivos. Segundo, que a equipe NASF-AB estará conosco no planejamento das ações do PST do Riacho do Angico. Consegui reservar o salão da igreja para fazermos nosso primeiro momento, contando também com a presença das lideranças. Lembrando que será na sexta-feira pela manhã, a partir de 8h. Conto com a presença todos, em especial a equipe Flor 2. Organizem suas agendas. Alguma dúvida? Não? Bem, se precisarem de algo, é só me procurar. Passo agora para Marina, que vai conduzir a atividade conosco.

 MARINA (coordenadora AB): Boa tarde a todos e todas! Então, a proposta é que nossa roda de conversa de hoje seja sobre Educação Permanente, que alguns autores também gostam de utilizar Educação Permanente em Saúde. Alguém aqui conhece ou já ouviu falar?

 CONCEIÇÃO (ACS  ): Quando fiz o curso técnico de ACS, abordaram esse tema. Disseram que a EP surge da necessidade do que vivenciamos no dia a dia, que pode ser minha, da equipe ou do território. Confesso que no começo achei um pouco estranho, não conseguia entender muito bem. Mas a facilitadora usou uma frase que me ajudou muito: "A EP surge da prática do trabalho, da necessidade de aprimorar o que fazemos todos os dias e do nosso olhar sobre o que pode ser mais bem realizado". Depois disso, comecei devagarinho a perceber a diferença, principalmente agora que estamos realizando nosso PPLS.

 PRISCILLA (enfermeira ): Quando fiz minha pós em Saúde da Família, este tema foi colocado como central para o trabalho das equipes, sugerindo reuniões em que pudessem ser trabalhados os assuntos pertinentes ao território, seja para compreender alguma situação de saúde, como a abordagem a algum caso de criança com microcefalia, por exemplo, ou para contribuir para a equipe organizar seu processo de trabalho. Mas sempre fico em dúvida sobre como perceber a necessidade de determinados temas.



MARINA (coordenadora AB): *Muito bom pessoal. Mas tenho uma pergunta pra ajudar a aquecer mais: por que estamos aqui hoje?*



ZECA (técnico de enfermagem 🧑🏻): *Para aprender?*



DORALICE (técnica de enfermagem 🧑🏻): *Só sei que para perder tempo não é.*



MARINA (coordenadora AB): *E não é mesmo. É para compreendermos como a Educação Permanente pode fazer parte do nosso cotidiano no trabalho. Assim, estamos aqui por uma necessidade de compreender esta como um dispositivo, um método, que contribua para nossa “formação” no dia a dia. Por isso, vou perguntar: como vocês foram “aprendendo” a realizar as etapas do PPLS?*



JAILTON (enfermeiro 🧑🏻 🧑🏻): *Aprendemos fazendo, e quando houve dúvidas, procurávamos quem sabia ou algum material que nos desse subsídio para realizar a atividade. Fomos lendo os textos conjuntamente, vendo as planilhas que você e Léa nos mandavam, e foi saindo. Hoje já está mais fácil. Gostei muito da dinâmica da árvore de problemas, sempre quando vejo uma situação em território, já fico imaginando as causas. Sinto que esse exercício tomou muito minha energia, mas me deu um novo fôlego para melhorar meu trabalho.*



NILDINHA (dentista 🦷): *Estou feliz com o planejamento. Finalmente, estou me vendo ali, e já pensei vários temas para estudar a partir do que nos foi solicitado para hoje. E falando nisso, hoje vamos fechar o plano de EP?*



MARINA (coordenadora AB): *Uma das propostas é essa, Nildinha. Tenho dois vídeos curtos pra apresentar para vocês. Depois, a proposta é elaborarmos nosso plano de ação de EP. Tranquilo até aqui?*

A história das equipes da UBS Flor de Mandacaru não encerra aqui. Muitas outras vão acontecer pelo território. O importante é buscarmos meios de sempre fazer melhor o que já fazemos cotidianamente.

Desejamos, a cada um e em equipe, bom trabalho!

REFERÊNCIAS

A background illustration in a light red color on a darker red background. It depicts a diverse group of stylized people of various ages and ethnicities, all smiling. The figures are drawn with simple outlines and are arranged in a cluster, filling the right side and bottom of the page.

Referências

AGERT. **Associação gaúcha de emissora de rádio e televisão**. On-line. Disponível em: <https://www.agert.org.br/index.php/2-noticias/12042-o-que-e-uma-radio-comunitaria>). Acesso em: 23 jan.2020.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Modelos de Atenção à Saúde. In: ALMEIDA FILHO, N., ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à epidemiologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

AQUINO, R. Estratégia Saúde da Família. In: AQUINO, R. (coord.) **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 22-29.

AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J.S., ALMEIDA-FILHO, N. (org). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

ARAUJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):455-464, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 dez. 2019.

AROUCA, S. **Trecho do discurso de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAde-%C3%A9-democracia>>. Acesso em 28 nov. 2019.

BAHIA. **Manual prático de apoio a elaboração de Planos Municipais de Saúde**. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2009.

BAHIA. **Decreto Estadual nº 14.720, de 29 de agosto de 2013**. Institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra. 2013a. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-14720-de-29-de-agosto-de-2013>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BAHIA. Decreto Estadual nº 14.457, de 03 de maio de 2013b. Aprova a Política Estadual da Atenção Básica. **Diário Oficial da Bahia**, Salvador, BA, v.43, n. 21.130-21.131, 4-5, maio de 2013b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_DECRETO_N14457_03MAIO2013.pdf. Acesso em 27 nov. 2019.

BAHIA. **TelessaúdeBA Portfólio de Ofertas**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/12/20191105-Portfolio-final.pdf>. Acesso em 20 maio/2020.

BAHIA. **Síndrome Gripal e Acolhimento em UBS na Pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Cartilha-Covid-19.pdf>. Acesso em 20 maio/2020.

BARROS, R. S. **Guia prático para utilização da mandala de avaliação: pistas para avaliação, integração e produção de diálogo no cotidiano do trabalho.** Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Feira de Santana. 2015. Apêndice N.

BERBEL, N.A.N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes.** Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BLANKE, C.; CROFT, J.; DASI, M.; KOGLIN, I. **Dragon Dreaming: desenho de projectos.** Tradução de Rita Tojal, Teresa Silva, Marta Duarte, Pedro Ferreira, Njiza Costa e Virgílio Varela. versão 02.09, 2013. E-book. Disponível em: http://www.dragondreaming.org/wp-content/uploads/DragonDreaming_eBook_portuguese_V02.09.pdf. Acesso em: 31dez. 2019.

BONETTI, O.P.; CHAGAS, R.E.; SIQUEIRA, T.C.A. **A Educação Popular em Saúde na Gestão Participativa do SUS: construindo uma política** (p. 16-24). In: II Caderno de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BORGHI, C.M.S.O.; OLIVEIRA, R.M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, set./dez. 2018. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/edicoes-2019/is-n-02/2936-determinacao-social-da-saude>. Acesso em 27 nov. 2019.

BRASIL. **Decreto-lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967.** Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Brasília: 1967. on-line. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view-File/4161/2944>. Acesso em: 21 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976.** Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. Brasília: 1976. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-79056-30-dezembro-1976-428077-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 28 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Centro Cultural do Ministério da Saúde. **A saúde do Brasil. Linha do tempo.** Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/sus/timeline.php>. Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para Organização da Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 1999. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019

BRASIL. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: DF, v. 4. (Série Pactos pela saúde) 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf>. Acesso em: 27/11/2019. [REVOGADA PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde, 2000. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude+-+Diretrizes.pdf/be8483fe-f741-43c7-8780-08d824f21303>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em 17 jan. 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988**. Manuais de Legislação Atlas. 30ª ed. São Paulo, 2009b. 446p.

BRASIL. **Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 nov. 2019.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº 27. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: 2010b. 152p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. Indicadores de programas: **Guia Metodológico / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - Brasília: 2010c.

BRASIL. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010d. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Org.) et al**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/>

[prt2488_21_10_2011.html](#)>. Acesso em: 27/11/2019. [REVOGADA PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017]

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.**Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 22 jan.2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011.**Redefine e amplia o Programa TELESSAÚDE Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).Brasília: 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html. Acesso em 20 maio/2020.

BRASIL. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília: Ministério da Saúde. 2012. v.2. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 20 jan.2020.

BRASIL. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf .Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. **Portaria n. 2.761, de 19 de novembro de 2013.**Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPSSUS). 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS /** Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 27/11/2019. [REVOGADA PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017]

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 28.** Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2013d. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 35.** Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 31 mar. 2020.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica nº 39.** NASF: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

BRASIL. **Asis - Análise de Situação de Saúde.** Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 09 de março de 2019.

BRASIL. **Custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_custeio_telessaude.pdf. Acesso em: 20 maio/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 8 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o

período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. **Pactuação Interfederativa 2017-2021 - Fichas de Indicadores.** Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/obr/arquivos/download/Ficha_de_Qualificacao_de_Indicadores_2017_2021.PDF

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. 2017a Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 27/11/2019.[REVOGADA PELA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2/2017]

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politicas.html>. Acesso em: 11 jan. 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2017c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: mar. 2020.

BRASIL. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 68 p. : il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.** Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. **Programa Saúde nas Escola.** Ministério da Educação. disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>).

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

CAMARGOS, M.H. **Como priorizar as visitas domiciliares com base na escala de risco familiar.** Minas Gerais. 20-?. Livro digital. Disponível em: https://telessaude.hc.ufmg.br/Enfermagem/livro_digital_como_priorizar_as_visitas_domiciliares.pdf. Acesso em: 20 jan. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4ª ed. São Paulo: Hucitec. 2013. Disponível em: https://www.gastaowagner.com.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=23&id=74&Itemid=1000000000000. Acesso em: abr. 2020.

CAMPOS, G.W.S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional.** 2000(b). Tese (Livre-docência) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Unicamp

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública v.23 n.2 Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em 18 jan. 2020.

CARABETTA JÚNIOR, V.A utilização de Mapas conceituais como recurso didático para a construção e interrelação de conceitos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 37 (3): p.441-447; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n3/17.pdf> . Acesso em: 13 out. 2019.

CEFOR. **Breve história das políticas de saúde no Brasil**. São Paulo, s.d. (mimeo)

CMB. Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hosp. e Entidades Filantrópicas. **A história de misericórdia das Santas Casas Saúde**. [19--?]. Disponível em: <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>. Acesso em: 20 out. 2019.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: CNDSS. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde**. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 15 jan. 2020.

CNS (Conselho Nacional de Saúde). **Resolução 588, de 12 de julho de 2018**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em 31 mar. 2020.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.1. 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 27 nov. 2019.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Planificação da Atenção Primária em Saúde**. Oficina 3: Territorialização em saúde. Guia do facilitador. Goiás, 2016. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/manual-oficina-3-territorializacao.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2019.

CONASS. **Planificação da Atenção à Saúde**: Oficina 6- Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde. Guia do participante. Espírito Santo, 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Rede%20Cuidar/Guia%20da%20oficina%206.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019.

CORRÊA, M.G.V. **Redemocratização**. 20-? *on-line*. Disponível em: <https://www.infoescola.com/historia-do-brasil/redemocratizacao/>. Acesso em: 21 jan. 2020.

COSEMS-RJ. **Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS**: “Diálogos no cotidiano”. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ (org.), 2019. 424p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 27 nov. 2019.

COSTA, A.C.M.; CASTRO JÚNIOR, E.F.; REIS, R.S. O planejamento como instrumento de gestão. In: COSTA, A.C.M; PINHO. J.R.O. (org.). **Processo de trabalho e planejamento em saúde**. Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS/UFMA. São Luís- EDUFMA, 2015.

COSTA, A.C.M.; PINHO, J.R.O.; FERREIRA, E.B. O planejamento no processo de trabalho das equipes de saúde da família. In: COSTA, A.C.M; PINHO. J.R.O. (org.) **Processo de trabalho e planejamento em saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. - São Luís: EDUFMA, 2015.

COSTA, E. A.; SOUTO, A. C. Área temática de Vigilância Sanitária. In: PAIM, J.S.; Almeida-Filho, N (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; REIS, L. G.C.; DELAMARQUE, E. V. **Gestão da vigilância à saúde**. 3 ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2014.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; REIS, L., G. da C. Unidade VI - Vigilâncias em saúde. In: Curso Gestão em Saúde. ENSP/Fiocruz, 2020. Módulo virtual, disponível em: <http://extranet.ead.fiocruz.br/criacao/gs/temp/creditos.html#>. Acesso em: mar. 2020.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol1. Editora 34. São Paulo: 2009. 96p.

EPS EM MOVIMENTO. **Usuário-guia**. 2014. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>. Acesso em: 16 jan. 2020.

FALLEIRO, L.M. Experimentando a extensão popular. In: MANO, M.A.M; PRADO, E.V. **Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia**. São Carlos: edufscar, 2010.

FARIAS, G.B.; FAJARDO, A.P. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol. 6 (Supl. 3), 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/280882189_A_interconsulta_em_servicos_de_atencao_primaria_a_Saude. Acesso em: 17 jan. 2020.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 nov. 2019.

FIOCRUZ. **A revolta da vacina**. Realização: Casa de Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz). Direção: Eduardo Vilela Thielen. Ano de produção: 1994. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora. Disponível em: <https://youtu.be/amwFWGMJhUw>. Acesso em: 28 nov. 2019.

FIOCRUZ. **A história da saúde pública no Brasil: 500 anos na busca de soluções**. Direção: Jardim Silva. Editor: Selo Fiocruz Vídeo. Dvd (17min.): Palm, Son., color, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16186>. Acesso em 27 nov. 2019.

FIOCRUZ. **Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 28 nov. 2019.

FIOCRUZ e UnB. **Gestão de Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro/ Brasília. 1998.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe em uma unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e das singularidades. Dissertação de mestrado apresentada à escola de enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Departamento Materno-infantil e saúde pública. Ribeirão Preto, 1999. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-03022009-103507/pt-br.php>. Acesso em: 27 dez. 2019.

FORTUNA, C. M.; Mishima, S. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev Latino-am Enfermagem**. Ribeirão Preto, 13(2):262-8, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020. Acesso em: 27 dez.

2019.

FUNASA. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Última modificação: 07 ago. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 28 nov. 2019.

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**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311-1999000200019X&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 17 jan. 2020.

FRANCO, T.B. **Fluxograma analisador do processo de trabalho**. Vídeo disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=SGnEbjU4X-s>. Publicado em 13 de agosto de 2017. Acesso em 16 de janeiro de 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 40ª reimpressão. São Paulo: Paz e Terra; 2009. 148p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 54ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013. 182p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, E.C.R. *et al*. Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Bahia. **Rev. baiana enferm.** Salvador, 31(2), 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21500/14607saude-da-populacao-negra>. Acesso em: 27 nov. 2019.

GREENBERG W, GOLDBERG LG. **The determinants of hospital and HMO vertically integrated delivery systems in a competitive health care sector**. Int J. 2002.

GUERRA, A; POCHMANN, M; SILVA, R.A. (org.). **Atlas da exclusão social no Brasil**. v. 2: dinâmica da exclusão social na primeira década do século XXI. Editora Cortez. 14.p [201-?]. Disponível em: http://www.cortezeditora.com/Algumas_paginas/Atlas_da_exclusao_social_no_brasil_vol2.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

JUNIOR, A.G.S; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. MOROSINI, M.V.G.C. (org.). Educação Profissional e docência em saúde. a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. (col.). Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

JUSBRASIL. **Conectando pessoas à justiça através de advogados e informação jurídica**. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/289053/autarquia?ref=serp-featured>. Acesso em: 22 jan. 2020.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.15, no.5, p.2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ ENSP, 2014.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos**

Saúde da Família, Brasília, Ministério da Saúde, nº1, 1996.

LOPES, E.B; LUZ, A.M.H.; AZEVEDO, M.P.S.M.T.; MORAES, W. T. Revista *Adolescer: Compreender, Atuar, Acolher*. Associação Brasileira de Enfermagem - Nacional. [19--?]

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática”- anos 80. *Physis*. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MATO GROSSO. **Planejamento em saúde**: priorização agenda estratégica. Núcleo de Gestão Estratégica (NGER). Secretaria de estado de saúde: 2017. *Slides*. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/6490>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Pão, HUCITEC, 1996.

MENDES, I.A.C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e os movimentos posteriores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, vol. 12 no. 3, 2004.

MENDES, E.V. Redes de Atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 15(5):2297-2305, 2010. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005-&script=sci_arttext#ModalArticles. Acesso em: 27 nov. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 28 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde nas Escolas**. Disponível em : <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. Acesso em: 22 jan.2020.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. (org.) FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'ANDREA. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 266 p. il.

MORI, Y. A. Os sentidos de uma experiência ao habitar o território no Apoio Institucional descentralizado. In: FALLEIRO, M. L. **Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. P. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>

NASCIMENTO, A.S.; ROCHA, A.G.S.; SANTOS, L.T.V.; SOUSA, M.S.T.; FELIPE, N.T.C.; ALMEIDA, S.M.C. **Projeto de saúde no território como estratégia para promoção da cultura de paz**. Revista SANARE, Sobral - v.17 n.02, p.107-113, jul/dez. - 2018.

NOGUEIRA, F. C. P.; LIMA, L. H. O.; WOLFOVITCH, R. G. S.; NASCIMENTO, S. M.; LOPES, S. R. M. Implantação de um Conselho Local de saúde: desafios da prática do controle social. Relato de experiência. In: **Revista Baiana de saúde pública**. v.32, n.1, p.104-110, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1391/1027>. Acesso em: 14 abr. 2020. OLIVEIRA, N.R.C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016a.

OLIVEIRA, Ana Eloísa C. *et al.* Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de Experiência. **Saúde Debate** [on-line]. Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, 2016b.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00212.pdf>. Acesso em: 19 de mar. 2019.

OLIVEIRA, A.E.F; CHAGAS, D.C; GARCIA, P.T. (org.). **Análise de situação de saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 140 f.: il.2019.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf Acesso em 29 jan 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Sala de Situação de Saúde** (artigo arquivado). 201-?Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=324:sala-de-situacao-de-saude&Itemid=685. Acesso em 19 abr. 2020..

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.5, n.4, 1989. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400002>. Acesso em: 27 nov. 2019.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro. MEDSI, 1999.

PAIM, J.S; SOLLA, J.P. Relações entre a atenção básica, de média e alta complexidade: desafios para organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. Cap. 24, 343-352. In: Paim, J.S., Almeida-Filho, N (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 35(1):103-9,2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2019.

PINTO, C. A. G.; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde compartilhada e ampliada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

PINTO, T.S. “**A Constituição**”. Brasil Escola. Disponível em: <https://brasilescuela.uol.com.br/historiab/constituicao.htm>. Acesso em: 24 dez. de 2020.

PORTO EDITORA. **(App) Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora**. Grupo Porto Editora: Porto, 2020. Disponível em: <https://www.portoeditora.pt>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

PULGA, V.L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.p.123-147.

PROJETO MEMÓRIA OSWALDO CRUZ. **Cronologia da vida de Oswaldo Cruz (1872-1917)**. Disponível em: www.projetomemoria.art.br/OswaldoCruz/cronologia/index.html. Acesso em: 27 nov. 2019.

RIBEIRO, G.S. Problemas de Saúde da População Brasileira de seus Determinantes. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N.(org.). **Saúde Coletiva. Teoria e Prática**.1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, P. 97-119,2014.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. (Coleção Milton Santos). 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2019.

SHORTELL S, GILLIES R, ANDERSON D. The new world of managed care: creating organized delivery systems. **Health Affairs** 13:46-54, 1994.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, Dec. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr 2020.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES – GONÇALVES, RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B.; MENDES – GONÇALVES, R. B. **Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TEIXEIRA, M.G.L.C; PAIM, J.S. Os programas especiais e o novo modelo assistencial. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 6 (3): 264-277, 1990. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300004&lng=e&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2019.

TEIXEIRA, M. G. L. C; PAIM, J. S; ARAÚJO, E., C.; FORMIGLI, V. L. A; COSTA, H. G. O. **Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (1): 79-84, 1993. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X1993000100008&script=sci_arttext&lng=es. Acesso em 28 nov. 2019.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**.v. 2: 7-28, 1998.

TEIXEIRA C.F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelos de Atenção à Saúde – promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 23 abr 2020.

TEIXEIRA C.F.; VILASBÔAS, A.L.; JESUS, W.L.A. Proposta metodológica para o planejamento no Sistema Único de Saúde. in: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TEIXEIRA C.F.; Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Planejamento em saúde: conceitos métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161p.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS A.L. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N.(org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 287 - 301.

TELESSAUDESC. **Redes de Atenção à Saúde**. Angela Maria Blatt Ortiga. TelessaudeSC. Webpa-lestra realizada em 22 de agosto de 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8S-P76KUXpCo>. Acesso em: 28 nov. 2019.

VASCONCELOS E.M. Introdução. In: **II Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

VILASBÔAS, A. L.Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV /PROFORMAR, 2004. 68p. Série: Material didático do Programa de Formação de agentes locais de Vigilância em Saúde. 1º Curso de desenvolvimento profissional de agentes locais de vigilância em saúde. Módulo 6.

VILASBÔAS, A. L.; TEIXEIRA, C. F. Orientações metodológicas para o planejamento e programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-PSF, Bahia. In: AQUINO, R. (coord.) **Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, 2001. p. 113-27.

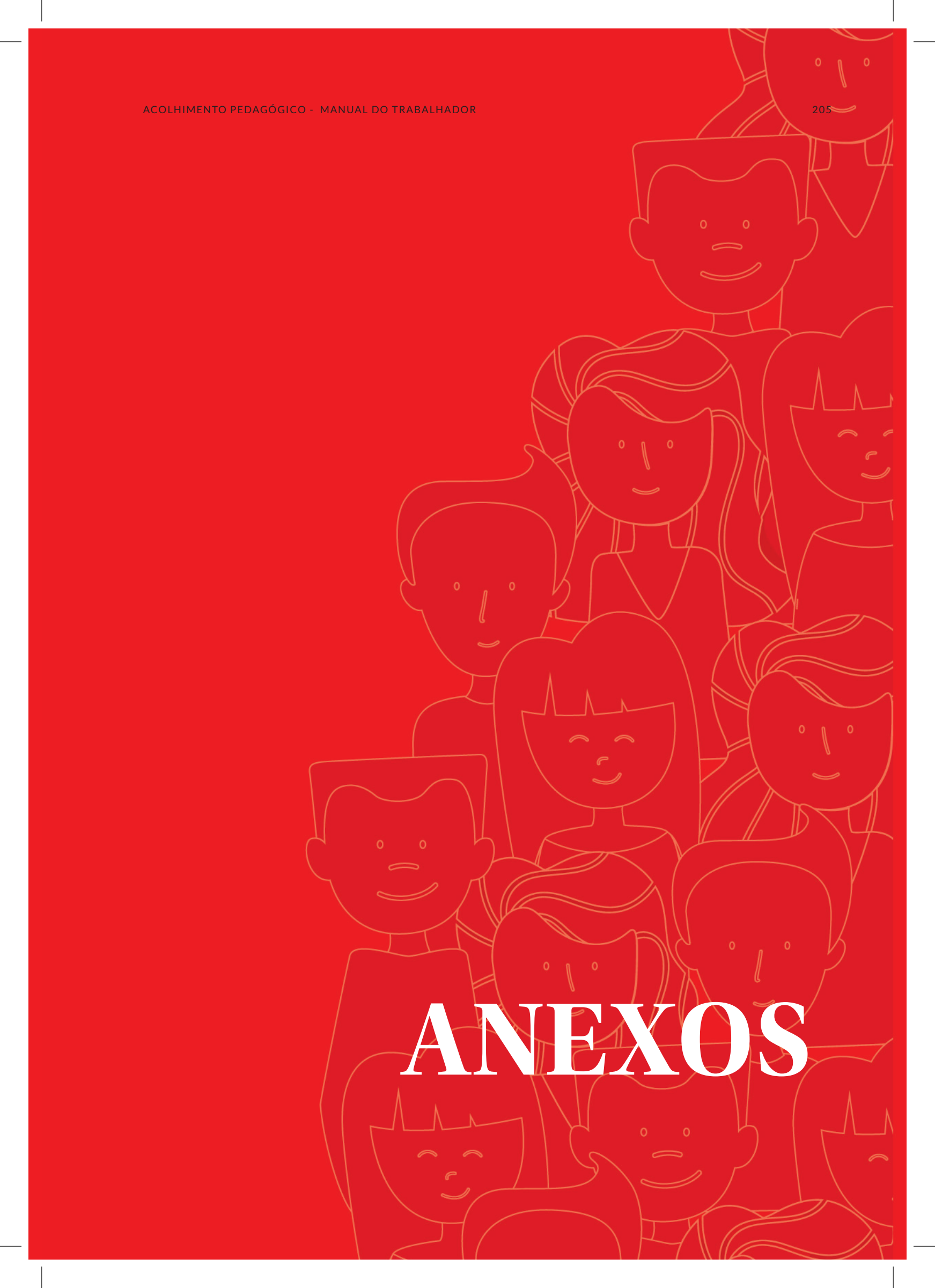
VOCÊ sabe como fazer uma roda de conversa? PRADO, E.V., João Pessoa, 2019. Série SUS on-line. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=cy8rxq8xNj8>. Acesso em 17 jan. 2020.

WALDMAN, E.A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Observatory for ehealth series**. v. 2. Telemedicine – Opportunities and developments in Member States. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44497/1/9789241564144_eng.pdf. Acesso em 19 abr 2020.

ANEXOS

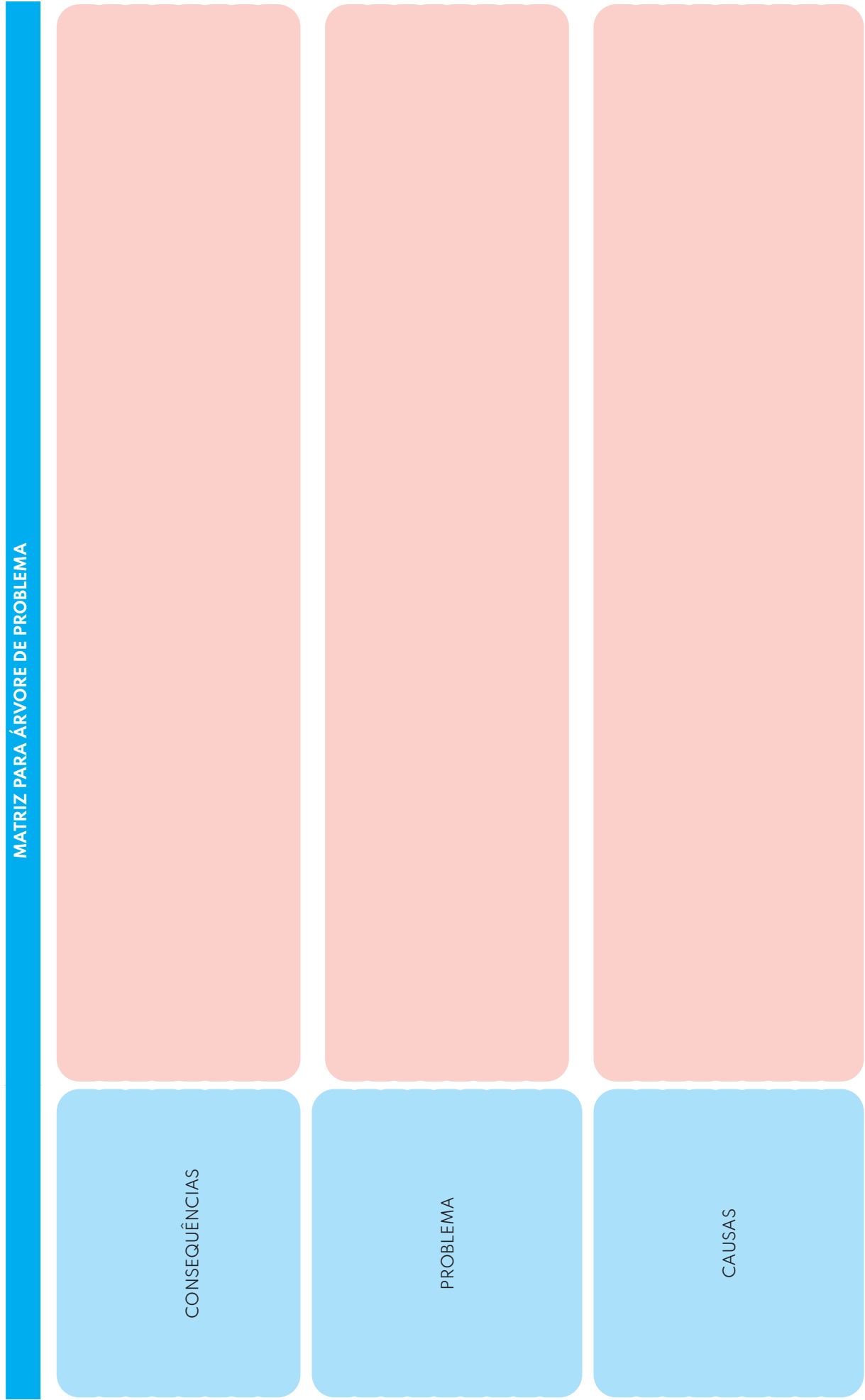
A background illustration in a light red color on a darker red background. It depicts a diverse group of stylized people of various ages and ethnicities, all smiling. The figures are drawn with simple outlines and are arranged in a cluster, filling the right side of the page.

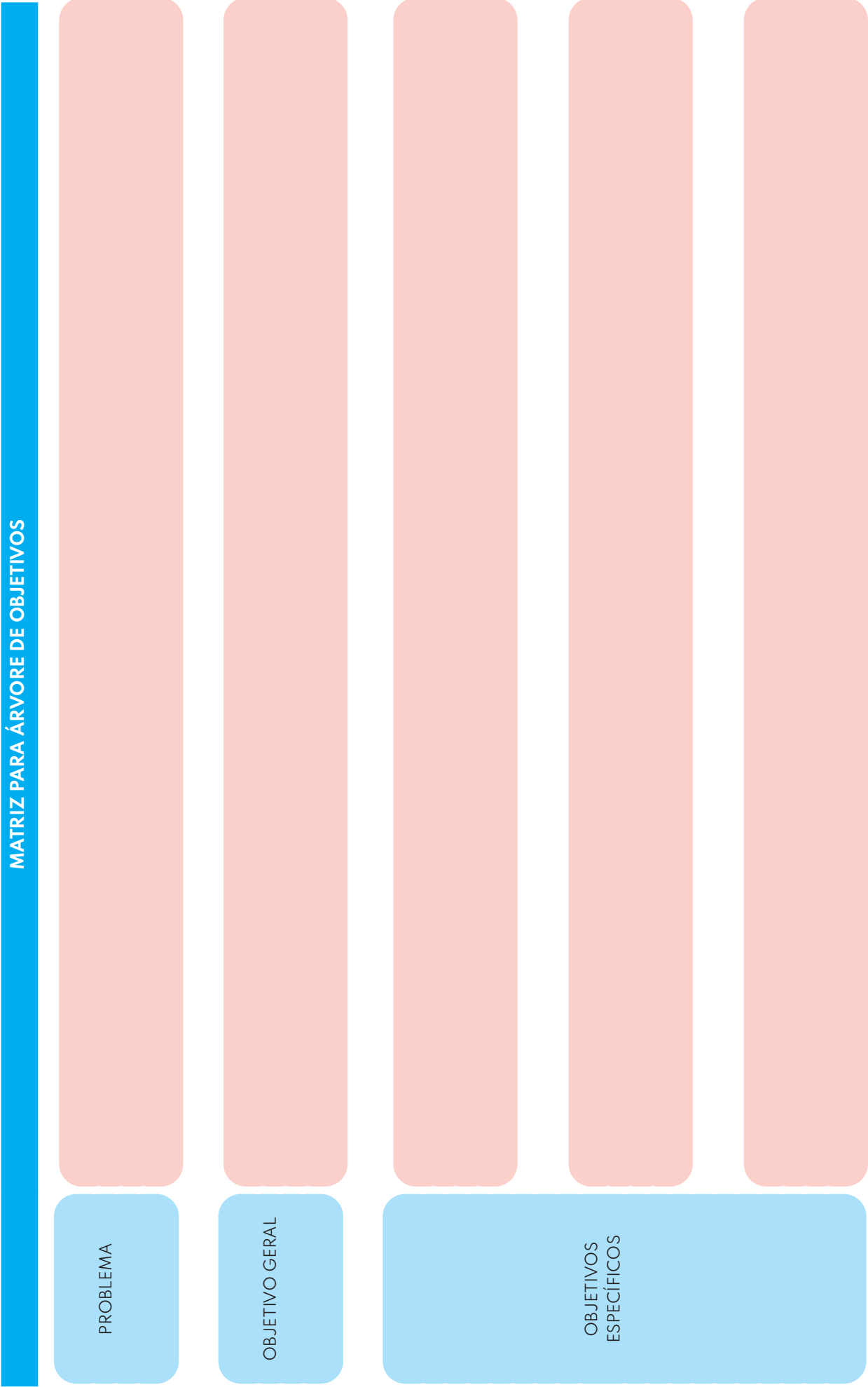
Matrizes modelo

MATRIZ PARA SISTEMATIZAÇÃO DA LISTA DE PROBLEMAS	
ITEM	PROBLEMA: O QUÊ? QUANDO? ONDE? QUEM?
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	

MATRIZ PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE AO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO						
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É MUITO FREQUENTE? (MAGNITUDE)	O PROBLEMA É CONSIDERADO IMPORTANTE? (VALORIZAÇÃO)	HÁ CONHECIMENTOS E RECURSOS PARA QUE O PROBLEMA POSSA SER ENFRENTADO? (DISPONIBILIDADE DE TECNOLOGIA)	QUAL A QUANTIDADE DE RECURSOS FINANCEIROS NECESSÁRIA PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (CUSTOS)	SOMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						

MATRIZ PARA PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS REFERENTE À UNIDADE DE SAÚDE					
ITEM	O QUE É O PROBLEMA?	O PROBLEMA É IMPORTANTE? (RELEVÂNCIA)	QUAL O PRAZO PARA ENFRENTAR O PROBLEMA? (URGÊNCIA)	OS RECURSOS EXISTENTES ESTÃO DISPONÍVEIS? (FACTIBILIDADE)	SOMA
1					
2					
3					
4					
5					
6					





LIMITAÇÕES	POTENCIALIDADES

HABILIDADES NECESSÁRIAS À EQUIPE DESENVOLVER

MATRIZ DE ELEMENTOS DO MONITORAMENTO			
INDICADOR	FONTE OU FORMA DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE DA COLETA	FORMAS DE DIVULGAÇÃO

MATRIZ PARA DEMONSTRAÇÃO DE AGENDA					
MÉDICO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
MATUTINO					
VESPERTINO					
ENFERMEIRO	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
MATUTINO					
VESPERTINO					
DENTISTA	SEG	TER	QUA	QUI	SEX
MATUTINO					
VESPERTINO					

MATRIZ PARA PLANEJAMENTO DE AÇÃO EDUCATIVA							
TEMA	OBJETIVO A ALCANÇAR	PÚBLICO ALVO	TIPO DE ATIVIDADE (PALESTRA, FEIRA DE SAÚDE, PEÇA TEATRAL, ETC.)	MATERIAIS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEIS	ONDE SERÁ REALIZADA	QUANDO SERÁ REALIZADA

MATRIZ PARA PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA EQUIPE				
TEMA	NECESSIDADE	PROPOSTA DE EP	FACILITADOR	

Diário de campo do trabalhador

Querido(a) trabalhador(a),

Este é o seu **Diário de Campo do Trabalhador**. A proposta é que seja utilizado para o registro das atividades, não o passo a passo da realização, mas sim as reflexões, sensações e observações individuais, a fim de sistematizar a vivência no AP.

As páginas a seguir possibilitam que tenha o instrumento em mãos. Quem desejar, pode utilizar a anotação em outro espaço, mas sempre escrevendo conforme o desejo surgir.

Não há um número limitado de anotações por dia, nem mesmo um horário pré-definido para escrever em seu diário. Na contabilização da carga horária do AP, foram previstos trinta minutos para cada turno, para fins de certificação, mas quem fará essa gestão do tempo de dedicação ao instrumento é você mesmo, podendo utilizar mais tempo em alguns momentos e menos em outros.

Vale ainda mencionar que seu diário poderá conter fotos, imagens, músicas, poesia, textos de outros autores e qualquer material que te mobilize mas, em especial, que tenha sua escrita. Permita-se criar esse sentido, pois há muitas possibilidades de ver e dizer os acontecimentos e as afecções⁹, ou seja, há uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades para os acontecimentos, que se estabelecem na produção da vida pessoal, vida no trabalho, seus afetos e suas práticas (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

9. Afecção: ato de afectar, de fazer crer, deixar transparecer, exteriorizar etc. (PORTO EDITORA, 2020).



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

--	--	--

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

--	--	--



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**

**Diário de campo do Trabalhador****Data:**



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:



Diário de campo do Trabalhador

Data:



**Governo do
Estado da Bahia**

Secretaria da Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
ENDEREÇO: 4ª AVENIDA 400, 1º ANDAR
CENTRO ADMINISTRATIVO DA BAHIA,
SALVADOR/BA, CEP: 41.750-300