

## **ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NOS CENTROS DE SAÚDE**

Ao pensar a Saúde da Família como estratégia que toma a atenção básica como eixo para a organização do modelo de atenção a saúde visando o fortalecimento do SUS, ressaltamos seu objetivo central de ampliação de acesso e qualificação dos serviços. A partir daí é possível pensar os eixos de organização do processo de trabalho das ESF e, nesse sentido, vale realçar que qualquer inovação desejada na atenção necessariamente deve se atrelar a inovações também nas formas de organização e gestão do trabalho. Enfatiza-se, com isso, a necessidade de integração dos trabalhadores entre si, com os usuários e com a população, construindo cotidianamente novas formas de interação e de respostas. Almeja-se, portanto, a construção e o fortalecimento de redes intra e intersetoriais, articulando todo o conjunto de sujeitos envolvidos, dotados de singularidade, desejos e interesses.

Nesse processo, o papel dos gestores deve ser afirmado em seu potencial de permear, sustentar e estimular a integração dos trabalhadores, avançando em relação aos dispositivos de gestão participativa. Deseja-se que cada equipe multiprofissional opere de maneira articulada, integrando-se às demais equipes e a outros trabalhadores dos CS, configurando colegiados ampliados e pautando o processo de trabalho e a condução dos serviços. Nesses espaços é que se deve construir o trabalho, quando vêm à tona conflitos, impossibilidades, lacunas, entraves que incidem na própria rede e sujeitos, produzem desconforto, inquietação e, conseqüentemente, apontam para mudanças; portanto devem ser tomados como potencializadores para análises. Trabalhar o que produz impasses e avanços interfere, diretamente, na qualidade do trabalho nesta rede.

Em relação à compreensão do modelo, percebe-se que, em geral, a ESF opera dentro de um modelo antigo de atendimento que inclui posturas e demandas *tradicionais* tanto dos trabalhadores quanto da própria comunidade e que a compreensão atual da Estratégia de SF ainda é distorcida, inviabilizando trabalho mais ampliado, com enfoque não somente em ações terapêuticas, mas também em vigilância à saúde, com investimentos na vinculação e co-responsabilização, quando o usuário exerce papel ativo em busca de autonomia no cuidado e na manutenção da sua saúde. Ressalta-se a importância de se compreender que a promoção de saúde ultrapassa os serviços de saúde, havendo necessidade de se ampliar para ações intersetoriais. Também os profissionais estão muito acostumados ao modelo médico-enfermeiro-centrado. A forma de organização do acolhimento, reduzido a um determinado espaço físico – em muitas unidades colocado como porta de entrada única e rígida no sistema de saúde –, desvirtuou a compreensão do acolhimento enquanto postura, relação humanizada e escuta qualificada.

As ESF têm encontrado muitas dificuldades na organização de seu trabalho, decorrentes do excesso de demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de prevenção e promoção, e percebem que a população tem expectativa de atendimento imediato.

A diversidade no modo de incorporação da Estratégia de SF pelos CS e equipes aliada à falta de clareza da missão da Atenção Básica no município e nos CS geram diferenças significativas nas formas de intervenção.

Conseqüentemente, os problemas na organização das equipes e processo de trabalho também são inúmeros. Observa-se fragmentação do processo de trabalho em alguns CS, onde as equipes trabalham de modo isolado e não integrado. São escassos os métodos de planejamento na rotina dos serviços, e o uso das informações disponíveis ainda é insuficiente, o que pode advir do

despreparo das equipes para trabalho com levantamentos, dados epidemiológicos e indicadores de saúde.

Não são utilizados instrumentos de gestão, em nível local, que possam subsidiar negociações, acompanhamento do trabalho e avaliação por desempenho. As ferramentas de planejamento e organização de trabalho – como estudos de caso, elaboração de agenda, eventos sentinela, análise de demanda – ainda são pouco utilizadas, havendo extrema dificuldade em se estabelecer prioridades de acordo com a demanda.

A organização do trabalho também se torna difícil em função da área física dos CS, na maioria das vezes, ainda inadequada para a atual proposta; das ESF que, neste momento, ainda se encontram sem a configuração mínima de profissionais para funcionamento de suas atividades. Esse contexto dificulta avanços e a realização de outros tipos de ações (participação em reuniões, por exemplo) e utilização de dispositivos de mudança (exemplo, visitas domiciliares) propostos pelo novo modelo. O potencial de trabalho dos ACS ainda é pouco aproveitado nas equipes e estes ainda com pouco preparo e pouca compreensão do seu papel na equipe e sobre o modelo do PSF, além disto, falta supervisão, acompanhamento e valorização de sua contribuição.

Vê-se que os espaços para se pensar novas formas de organização também estão comprometidos, porque há dificuldade em planejamento e organização de reuniões produtivas; para alguns gerentes locais, há dificuldade em operar essas tecnologias e/ou delegar e dar autonomia para as equipes planejarem suas ações. Os colegiados gestores estão implementados de forma incipiente, sem cumprir o papel proposto, com participação, ainda restrita, de trabalhadores pouco estimulados e com falta de clareza do seu papel. A ausência de momentos *de troca*, de planejamento e pactuação, aliada à sobrecarga de trabalho e conseqüente sentimento de desvalorização têm levado ao desgaste e desmotivação dos profissionais.

Percebe-se a ocorrência, até certo ponto freqüente, de conflitos e violência nos CS, agravada pelo despreparo das equipes para o enfrentamento desses problemas.

### **Processo de trabalho em saúde**

A discussão do processo de trabalho em saúde nos remete ao tema do trabalho como prestação de serviços, o qual tem uma característica própria: seu objeto e todos seus componentes são pessoas que atuam e interferem no processo e no resultado final do trabalho, portanto, são todos sujeitos da ação. É importante salientar que esse objeto/sujeito detém algo muito precioso que é seu próprio saber e que deve ser escutado e acolhido no processo de trabalho em saúde, gerando a necessidade de comunicação eficaz entre quem presta e quem recebe o serviço, além de ser desejável que essa relação seja de troca, confiança, cooperação e parceria.

Ao direcionar o processo de trabalho para o alcance de objetivos e metas, visando modificar uma situação não desejada, esta característica própria e especial do trabalho em saúde aponta para a complexidade da interação entre os diferentes recursos em jogo, incluindo os aspectos cognitivos, organizativos, políticos, subjetivos, financeiros e outros. Portanto, de forma muito particular na área de saúde, para alcance efetivo dos objetivos, é necessário tê-los claros, saber explorar os recursos existentes, fazendo interagir recursos, saberes e interesses.

Ressalta-se que objetivos genéricos, uso inadequado dos recursos e gestão inadequada das relações de trabalho dificultam o alcance dos propósitos, por isso é necessário repensar todo o processo à luz das condições concretas em que acontece o trabalho das ESF.

Ainda no âmbito dos objetivos e metas, e considerando os recursos disponíveis, constata-se que aqueles estão definidos de forma muito genérica e/ou estas são pouco objetivas. Insiste-se, é necessário que os objetivos e metas sejam discutidos, pactuados e avaliados de forma clara com todos os interessados – população, gestores e trabalhadores; e que os objetivos e metas pactuados estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Dessa forma, devem participar dos fóruns de planejamento e de negociação todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde. A negação desta condição, ou seu tratamento inadequado, desconsidera-os como protagonistas, tornando-os passivos e isentos de responsabilidades no processo, o que compromete a própria definição dos objetivos e metas e, por conseqüência, das intervenções.

Sob o ângulo dos recursos, há certa escassez ou sua utilização nem sempre é racional. Em relação à falta deles, as equipes, geralmente, têm pouca governabilidade, no entanto a questão deve estar sempre presente nas pautas de discussão e de negociação. Já em relação à racionalidade em sua utilização, as equipes têm alguma governabilidade, dependendo, então, de seu processo de trabalho, ou seja, de sua forma de trabalhar.

No âmbito das ESF, a busca por melhores resultados no trabalho, almejando, em última análise, condições adequadas para de saúde e maior autonomia e satisfação de usuários, trabalhadores e gestores, também exige mudança no processo de trabalho, implicando em valorização da comunicação e dos espaços de participação e negociação, do trabalho em equipe, das parcerias, do uso de dispositivos de qualificação para a escuta e os projetos terapêuticos, da produção e apropriação coletiva de instrumentos, como protocolos clínicos e organizacionais, do uso da informação e ferramentas do planejamento, do monitoramento e avaliação das intervenções.

*Pontos de partida para viabilização e sustentação de mudanças*

Atualmente, na rede de atenção básica de BH, há predominância de problemas de saúde e não somente problemas *médicos*, o que sugere necessidade de reorganização do processo de trabalho e das equipes, e o redirecionamento para outras alternativas. O que define o planejamento é esta realidade. Esta situação possibilita a intersectorialidade, o conhecimento de apoios possíveis e disponíveis e sua potencialização. Exige trabalho por metas, a serem pactuadas, respeitando-se as singularidades das ESF, bem como de toda a equipe do CS, que precisam de apoio permanente para sua instrumentalização em metodologias de planejamento e avaliação, apropriação e uso de métodos avaliativos em nível local.

Para as mudanças desejadas, há necessidade de se instrumentalizar todos os atores envolvidos (gestores, usuários, trabalhadores) acerca do novo modelo e de formas organizadas de atendimento, reafirmando o compromisso de todos com o serviço público.

Na avaliação de necessidades e demandas atuais, deve-se levar em conta as percepções dos usuários, os problemas vividos e levantados pelos trabalhadores, os incômodos na realidade local, outros processos disparados simultaneamente, para potencializar as estratégias adotadas, por exemplo, os cursos de capacitação para toda a rede, a implementação e consolidação dos Colegiados Gestores, sempre na perspectiva da gestão participativa e de espaço para aprendizagem e transformação das práticas cotidianas. Cada ESF e também toda a equipe do CS podem e devem funcionar como equipes colegiadas, enfim todos podem e devem contribuir para que os colegiados não sejam apenas instâncias burocráticas, mas espaços de planejamento, análise, tomada de decisões e de motivação para a participação que proporcione crescimento pessoal e profissional – desafio no qual o gestor local tem papel fundamental.

Do ponto de vista da gestão, faz-se necessário assegurar o envolvimento de todo o Distrito nos moldes de *redes*, com a programação de diálogos com as equipes para orientação do planejamento, organização e avaliação e para a integração

efetiva. Essa atuação dos gestores distrital e local deve se dar de forma permanente e contínua como estímulo cotidiano para o novo processo de trabalho. Às equipes, devem ser assegurados momentos para o planejamento.

### *Demandas e necessidades*

É preciso considerar os diversos pontos de vista sobre os problemas e a própria definição e compreensão do que sejam demanda e necessidade, respeitando a experiência e percepção de cada um dos envolvidos, com tempos e ritmos diferentes. Isso deve ser ressaltado, tendo em vista que a pactuação exige compreensão e adesão de todos para efetiva mudança de modelo de atenção. Um bom entendimento entre todos os atores fundamentais nesse processo – usuários, trabalhadores, gerentes dos CS e equipes distritais – pode garantir o sucesso do trabalho e o atendimento humanizado e qualificado nos serviços de saúde.

Necessidade pode ser definida como exigência proveniente de um sentimento de privação de qualquer coisa absolutamente imprescindível à vida; estado que resulta da privação do necessário, indigência, miséria; aquilo que constrange ou obriga de maneira absoluta; conjunto de coisas indispensáveis à vida; interesses superiores de uma comunidade. (Larousse, 1992)

Demanda remete à ação de demandar; procura, pedido ou exigência, mais ou menos expresso pelo paciente, situado entre o desejo e a necessidade. (Larousse, 1992)

Alguns autores propõem a compreensão de necessidades em saúde pela perspectiva da integralidade e equidade na atenção, englobando componentes bastante ampliados como necessidade de boas condições de vida, de acesso aos serviços e tecnologias de saúde, de criação de vínculos no sentido de adesão, de relação contínua e de encontro de subjetividades e também necessidade de autonomia e protagonismo no modo de levar a vida. (Cecílio, 2001)

Conclui-se que o conceito de necessidade em saúde reflete outras dimensões da vida – subjetivas e sociais – para além das demandas objetivas, às vezes apontadas no âmbito do organismo físico-biológico.

### **Estratégias de reorganização do processo de trabalho**

No contexto da problematização apontada e do cenário aberto para mudanças, priorizam-se alguns pontos críticos, levantados tanto pela SMSA-BH quanto pela rede de saúde em geral, para delimitação da discussão acerca da organização do processo de trabalho das equipes, cujas diretrizes estão distribuídas nos seguintes tópicos:

- *Conhecer para intervir: estratégias para diagnóstico das necessidades e demandas*

Entendidas como movimentos complementares para reconhecimento da situação a ser transformada, a primeira estratégia é a qualificação do encontro entre trabalhadores e usuários. O conhecimento das necessidades e demandas dos usuários e da comunidade depende, diretamente, da qualidade da interação que se estabelece entre serviços, trabalhadores, gestores e a população, em que estão envolvidos a capacidade e o potencial de escuta dos trabalhadores, individualmente e em equipe, que devem considerar seus saberes específicos, técnicos, incluídos nas chamadas *competências de núcleo*, mas também seus outros saberes e experiências, exercitando habilidades, comuns a todos os trabalhadores da saúde, chamadas *competências de campo*.

O desenvolvimento e aprimoramento da escuta qualificada depende, portanto, do próprio aprimoramento do trabalho em equipe, efetivamente a partir da troca de informações e saberes, entre si e com os usuários, para configurar os diagnósticos *ampliados*, isto é, que abarquem realmente as necessidades, de dimensões sociais e subjetivas, dos sujeitos.

As equipes devem se configurar como referência para a população, para tanto devem encontrar suas formas de interação, formular diagnósticos a partir do olhar diferenciado de cada profissional, manuseando prontuários únicos, tecendo o caminho para a clínica ampliada e a formulação de projetos terapêuticos.

Para o aprimoramento desse modo de trabalhar há de se investir, cotidianamente, na própria vivência do trabalho e na educação permanente das equipes, o que está estreitamente relacionado à habilitação e ao papel esperado dos gestores na condução dos processos e relações de trabalho.

- *Informação para conhecimento da realidade*

Com o objetivo de superar os problemas atuais referentes à apropriação da informação no nível local, seu manuseio e uso efetivo, faz-se necessário que as equipes locais organizem e norteiem seu trabalho com base na informação que retrata a realidade local. Como ponto de partida, sugere-se que os CS procedam à caracterização de necessidades de cada área de abrangência e à realização de diagnósticos e avaliações locais. Esta sistematização pode ser feita por meio da utilização de:

- instrumentos de movimento diário;
- levantamentos de demanda a partir do acolhimento;
- avaliação das guias de referência e contra-referência;
- mapas *inteligentes* ou *mapas vivos*, nos quais se delimitam, de modo dinâmico, os locais e fontes de risco, as perspectivas de intervenções e equipamentos sociais que se estabelecem como potenciais parceiros;
- informações locais, geradas dentro do próprio serviço, pelas ESF, considerando diferentes fontes de dados, tanto formais e estruturadas quanto informais e menos estruturadas; (serão apresentadas sugestões de informações ainda neste capítulo)
- relatórios informacionais elaborados pela equipe distrital que contemplem dados epidemiológicos ou outros, prioritários;
- formulário dos ACS (2F6/2Q6), para compor diagnósticos e avaliações e orientar o planejamento;

- levantamento da rede de apoio local e distrital, escolas, ONGs, outros setores de assistência à saúde utilizados pela população, ginásios, creches, universidades e demais equipamentos sociais, com vistas a desenvolver ações intersetoriais em nível local;
- percepção sobre a realidade geográfica e social em que as pessoas vivem.

Deve haver acompanhamento e apoio das equipes distritais, especialmente do serviço de epidemiologia, para análise dos dados. As equipes e gerências locais devem ser instrumentalizadas para lidar de forma sistemática com informações, especialmente no manuseio e utilização de indicadores. A prática de análise e discussão das informações deve ser instituída no âmbito das equipes de trabalho, contando com o apoio, incentivo e acompanhamento regular do gerente na viabilização e condução dessas discussões.

- *Sugestão de informações para uso nos CS*

A informação constitui ferramenta estratégica para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde. Na SMSA, as informações eram tradicionalmente disponibilizadas e analisadas com nível de desagregação chegando até a área de abrangência dos CS. Com a implantação da Estratégia de SF, tornou-se necessária a rediscussão desse nível de desagregação.

A partir de meados de 2005, definiu-se como estratégica a disponibilização das informações no formato de relatórios do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), de acompanhamento e produção das ESF, considerando que são relatórios validados pelo Ministério da Saúde e de desagregação das informações até as ESF. Apesar da não utilização dos formulários próprios do SIAB em BH, o sistema Fênix da SMSA/GEEPI (Gerência de Epidemiologia e Informação) alimenta o banco de dados do SIAB nacional, através de parametrizações feitas ao nível de sistema.

Já se encontram disponíveis para utilização pelos CS os relatórios do cadastro consolidado de famílias e indivíduos (Censo BH Social), de produção e acompanhamento pelas ESF, de egressos hospitalares e da produção dos CS, além das informações do Saúde em Rede, para os distritos informatizados (Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica).

Estão também disponibilizados na intranet, em Serviços e Informações – banco de dados do tabnet as seguintes bases de dados:

- a) população – dados de população do IBGE 1996 e 2000;
- b) SIA: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/SAI-Sistema de Informação Ambulatorial do SUS – contém os procedimentos contábeis e de controle orçamentário e financeiro;
- c) 1M1: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet /Morbidade Ambulatorial – é coletado de forma amostral, esporadicamente, e a última coleta foi em 1999. Dados de procedência e morbidade dos atendimentos individuais realizados pelos profissionais de nível superior das unidades de saúde exceto os da odontologia;
- d) SINASC: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos de residentes em BH a partir de 1993 até o ano vigente e partos ocorridos de nascidos vivos em BH a partir de 2000 e a desagregação é para o município, distrito sanitário e área de abrangência;
- e) SIM: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/SIM-Sistema de Informação de Mortalidade – a fonte dessas informações são as declarações de óbito, de residentes ocorridos em Belo Horizonte a partir de 1993, e sua desagregação é para município, distrito sanitário e área de abrangência de CS;
- f) AIH (Autorização de Internação Hospitalar) Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/AIH – corresponde às AIH pagas pela gestão de Belo Horizonte como também inclui as AIH de residentes em Belo Horizonte, realizadas em hospitais de outros municípios de Minas Gerais;
- g) Fênix : Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet – registra os atendimentos individuais realizados na rede básica da SMSA-BH. Disponíveis relatórios por tipo de profissional ( médico, enfermeiro e assistente social);

h) SIAB: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados/Informação para Atenção Básica – fornece informações sobre as ESF, vindas do Sistema Fênix e Censo BH Social (cadastro);

i) saúde em rede: Intranet;

j) egressos hospitalares: Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/Egressos Hospitalares – corresponde às AIH pagas pela gestão de Belo Horizonte para internações realizadas em residentes em Belo Horizonte. São excluídas as internações realizadas em cinco hospitais da rede FHEMIG que não emitem laudo, João XXIII, Júlia Kubtscheck, Maria Amélia Lins, Eduardo de Menezes e o Galba Veloso.

Em andamento a construção de informações de acordo com os ciclos de vida (nascimento, óbito, internação, DNC, sisprenatal), em discussão no âmbito da SMSA-BH, e sua agregação poderá subsidiar as ações de vigilância à saúde.

A seguir, são apresentadas informações em saúde já disponíveis para os CS, algumas delas desagregadas até equipes. É importante ressaltar que os dados disponíveis refletem os registros feitos nos sistemas de informação, portanto, se os mesmos estiverem desatualizados ou indevidamente preenchidos, as informações conseqüentemente também estarão. A disponibilização das informações e o seu uso têm o potencial de provocar melhoria da informação prestada.

(RETIRAR LINHAS LATERAIS. Primeiro traço duplo/último, antes de fonte, traço duplo.

## **A) INDICADORES GERAIS DA POPULAÇÃO**

## DEMOGRÁFICOS

### **Estrutura populacional por sexo e idade**

Fonte: IBGE e Censo BH Social (usar os dois para comparação)

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/População

### **Número médio de pessoas por família**

Fonte: Censo BH Social (fornecer os dois para comparação)

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

## SOCIOECONÔMICOS

### **Proporção de pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de menores de 14 anos que trabalham**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de pessoas com cobertura de plano de saúde**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

## AMBIENTAIS

### **Freqüência e Proporção de famílias por tipo de casas (tijolo/adobe, material aproveitado, casas com piso de chão/barro)**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de famílias com lixo a céu aberto**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto**

Fonte: Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

## **B) INDICADORES DE ATENÇÃO À CRIANÇA**

## ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

### **Número de crianças menores de 1 ano de idade**

Fonte: Censo BH Social e Sinasc

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

Intranet/Serviços e Informações/Banco de Dados do Tabnet/População

### **Relação de nascidos vivos por área de abrangência**

Fonte: Sinasc

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer**

Fonte: Sinasc

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Número de testes do pezinho realizados**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Produção

### **Número de atendimento de puericultura em menores de 2 anos realizados por médicos**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **% crianças de 0 a 4 meses com aleitamento materno exclusivo**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de crianças < 2 anos acompanhadas**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

[ESTE TRAÇO ABAIXO É DEVIDO? FALTA TÍTULO?](#)

**% < 2 anos com vacina em dia**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**% < 2 anos desnutrida acompanhada no PPCD**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**% < 2 anos que teve diarreia no mês**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**% < 2 anos que teve diarreia no mês e usou TRO**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**% < 2 anos que teve IRA**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**Número de crianças de 0 a 10 anos com asma e crise respiratória**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**COLOCAR UM TRAÇO SIMPLES****IMUNIZAÇÃO****Proporção de menores de 1 ano de idade com vacinas em dia**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com vacinas em dia**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

## ASSISTÊNCIA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

### **Nº consultas de asma atendidas pelo pediatra**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Nº consultas de asma atendidas pelo generalista**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de internações em menores de 5 anos por asma, pneumonia, IRA**

Fonte: SIH

Onde encontrar: Em análise

### **Número de internações em menores de 1 ano por pneumonia, doenças infecciosas intestinais, desnutrição, desidratação, doenças perinatais, imunizáveis, septicemia**

Fonte: SIH

Onde encontrar: Em análise

### **Relação dos usuários egressos de internações hospitalares pelos motivos acima**

Fonte: Relatório de Egressos

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Egressos Hospitalares

## REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

### **Número de óbitos fetais**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Comitê de Investigação de Óbitos Infantis do Distrito

### **Número de óbitos neonatais**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Comitê de Investigação de Óbitos Infantis do Distrito

### **Número de óbitos pós-neonatais de 1 ano**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Comitê de Investigação de Óbitos Infantis do Distrito

### **Relação dos óbitos para investigação**

Fonte: Comitê de Investigação dos Óbitos Infantis

Onde encontrar: Relatório do Distrito

## **C) INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADOLESCENTE**

### **Número de óbitos em adolescentes**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Em análise

### **Número de óbitos em adolescentes por causas violentas**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Em análise

### **% gestantes menores de 20 anos de idade/RN de mães adolescentes**

Fonte: SINASC

Onde encontrar: Relatório do Distrito

## **D) INDICADORES DE ATENÇÃO À MULHER**

### **GERAL**

### **Número de mulheres > 14 anos**

Fonte: IBGE/Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

### **População de mulheres em idade fértil**

Fonte: IBGE/Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

## PREVENÇÃO DE CA COLO

### **Número de coletas de colpocitologia**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Cobertura de Colpocitologia Oncótica**

Fórmula de Cálculo: Número de coletas de colpocitologia/População de mulheres em idade fértil

### **% de atendimentos de prevenção de CA colo**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

## PRÉ-NATAL

### **Número de gestantes esperadas**

Parâmetro: 3% da população feminina

### **Número de consultas de pré-natal realizadas pelo gineco-obstetra**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de consultas de pré-natal realizadas pelo generalista**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **% de atendimentos de pré-natal**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário do ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **% gestantes acompanhadas**

Fonte: Fênix/SIAB

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **% gestantes < 20 anos**

Fonte: Fênix/SIAB

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **% gestantes com vacina em dia**

Fonte: Fênix/SIAB

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Nº consultas de puerpério realizadas**

SISPRENATAL

**Número de gestantes cadastradas**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes cadastradas que realizaram a 1ª consulta, em relação aos nascidos vivos da área**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes cadastradas que realizaram a 1ª consulta em 120 dias, em relação aos nascidos vivos da área**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e consulta de puerpério**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV**

Fonte: SISPRENATAL

Onde encontrar: Relatório do Distrito

**% gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL**

Fonte: SISPRENATAL

## ÓBITOS EM MULHERES

### **Número de óbitos em mulheres de 14 anos ou mais**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Em análise

### **Relação dos óbitos para investigação**

Fonte: Comitê de Morte Materna

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **% óbitos por causas associadas à gravidez e ao parto**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Relatório do Distrito

## **E) INDICADORES DE ATENÇÃO AO ADULTO**

### GERAIS

#### **População de Maiores de 40 anos**

Fonte: IBGE/Censo BH Social

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Censo BH Social

#### **Concentração de consultas por faixa etária pelas ESF**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

#### **% atendimentos DST/Aids**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

#### **Nº consultas médicas do clínico**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

## HIPERTENSÃO ARTERIAL

### **Número de hipertensos esperados na área de abrangência**

Parâmetro: 15.4% da população de maiores de 40 anos

### **Número de Hipertensos cadastrados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de Hipertensos acompanhados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Total de consultas a Hipertensos**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de Hipertensos atendidos pelo médico da Estratégia SF**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de Hipertensos atendidos pelo clínico**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de hospitalizações por complicações de hipertensão (doença hipertensiva > 40 anos, doença isquêmica > 40 anos, doença cerebro-vascular > 40 anos, insuficiência cardíaca > 40 anos)**

Fonte: SIH

Onde encontrar: A ser definido

### **Relação dos usuários egressos de internações hospitalares pelos motivos acima**

Fonte: SIH/Relatório de Egressos

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Egressos

## DIABETES

### **Número de Diabéticos esperados na área de abrangência**

Parâmetro: 8% da população de maiores de 40 anos

### **Número de Diabéticos cadastrados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de Diabéticos acompanhados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Total de consultas a diabéticos**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de Diabéticos atendidos pelo médico da Estratégia de SF**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de Diabéticos atendidos pelo clínico**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

### **Número de hospitalizações por Diabetes**

Fonte: SIH

Onde encontrar: Em análise

### **Número de hospitalizações por complicações agudas do Diabetes**

Fonte: SIH

Onde encontrar: Em análise

### **Relação dos usuários egressos de internações hospitalares pelos motivos acima**

Fonte: Relatório de Egressos

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção

## TUBERCULOSE

### **Número de casos de TBC esperados na área de abrangência**

Fonte: Estimativa populacional

### **Número de casos de TBC notificados na área de abrangência**

Fonte: SINAN

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Número de casos de TBC cadastrados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de casos de TBC acompanhados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de casos de TBC encerrados por abandono**

Fonte: SINAN

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Número de óbitos por TBC e relação para investigação**

Fonte: SIM

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Número de hospitalizações por TBC**

Fonte: SIH

Onde encontrar: A ser definido

### **Relação dos usuários egressos de internações hospitalares por TBC**

Fonte: Relatório de Egressos

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Egressos

## HANSENÍASE

### **Número de casos de Hansen esperados na área de abrangência**

Prevalência: Casos do ano anterior + 5%

### **Número de casos de TBC notificados na área de abrangência**

Fonte: SINAN

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **Número de casos de Hansen cadastrados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de casos de Hansen acompanhados na área**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

### **Número de casos de Hanseníase encerrados por abandono**

Fonte: SINAN

Onde encontrar: Relatório do Distrito

### **% casos de Hanseníase com grau de incapacidade II e III**

Fonte: SINAN

Onde encontrar: Relatório do Distrito

## **F) INDICADORES DO IDOSO**

**Concentração de consultas básicas em idosos**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**Nº idosos acompanhados pelo CS**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**Nº idosos dependentes cadastrados**

Fonte: Fênix/SIAB - Formulário ACS

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/SIAB

**Nº de internações por fratura de fêmur, desnutrição e pneumonia em idosos**

Fonte: SIH

Onde encontrar: A ser definido

**Relação dos idosos egressos de internações hospitalares**

Fonte: Relatório de Egressos

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Egressos

**G) INDICADORES DE SAÚDE BUCAL**

**Número de procedimentos odontológicos coletivos**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

**Número de procedimentos odontológicos individuais**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

**Número de primeiras consultas odontológicas (exames)**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

**Número de consultas odontológicas**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

**Número de urgências odontológicas**

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

Fonte: Fênix/Produção

**Cobertura de primeira consulta odontológica**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

**H) INFORMAÇÕES DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL**

## CONSULTAS MÉDICAS

**Total de consultas médicas ESF**

**Total de consultas médicas clínico**

**Total de consultas médicas ginecologista**

**Total de consultas médicas pediatra**

**Número total de consultas médicas**

**Número médio de consulta por habitante ano**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/

Relatório de Produção

## ACOLHIMENTOS

**Total acolhimentos**

**Total acolhimentos – enfermeiro**

**Total acolhimentos – aux. enfermagem**

**Total acolhimentos – médicos**

**% atendimentos de urgência**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/

Relatório de Produção

## GRUPOS OPERATIVOS

**Número de grupos operativos por categoria**

(médico da ESF, clínica, ginecologia, pediatria, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicologia, terapia ocupacional, ACS)

**Número total de grupos operativos**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/

Relatório de Produção

VISITAS DOMICILIARES

**Total visitas domiciliars - enfermeiro**

**Total visitas domiciliars - médico**

**Total visitas domiciliars - aux. enfermagem**

**Total visitas domiciliars - outros**

**Total visitas domiciliars - ACS**

**Número total de visitas domiciliars**

**Número de visitas por família cadastrada**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

---

% ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTA ESPECIALIZADA

**Médicos ESF**

**Clínico**

**Pediatra**

**Ginecologista**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

---

% SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

**Médicos ESF**

**Clínico**

**Pediatra**

**Ginecologista**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/  
Relatório de Produção

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

**Média de visitas domiciliares/dia**

**Famílias visitadas pelos ACS**

**Nº de visitas de ACS por família/mês**

**Motivo da visita (cadastramento, atualização do cadastro, acompanhamento e outros motivos)**

**Conduta do ACS (orientação, discussão com equipe e encaminhamento para o CS)**

Fonte: Fênix/Produção

Onde encontrar: Intranet/Serviços e Informações/Informações para a Atenção Básica/Relatório de Produção

- *Planejamento local*

Toda prática humana está imbuída de algum planejamento. Tanto trabalhadores quanto gestores locais têm dificuldade em compreender e incorporar, sistematicamente, a perspectiva do planejamento como eixo e rotina para a organização do trabalho, no sentido de mobilização coletiva – enquanto equipes –, e em utilizar as informações produzidas e procedentes da realidade local para desenhar planos de ações e metas.

O processo inicia-se com a identificação e análise dos problemas, passa pela determinação das prioridades e identificação dos recursos necessários para possível superação até a definição das ações para superar os problemas. São as seguintes as etapas do planejamento:

- avaliação dos indicadores de saúde da realidade local, já sugeridos acima;
- definição de prioridades a partir de diagnósticos situacionais;
- avaliação/levantamento dos recursos e viabilidade;
- definição de metas;
- acompanhamento e avaliação do impacto na saúde da população e satisfação dos usuários e trabalhadores.

O planejamento local deve ser um processo participativo e flexível que permita a incorporação das experiências de todos, conforme os diferentes saberes, dentro

de um marco comum que lhe dê consistência e coerência necessárias à sua generalização; portanto, realizado também de forma representativa, não apenas pelo gerente para ser cumprido pela equipe. Sugere-se sua elaboração e acompanhamento pelo colegiado gestor, após pactuação em fórum que abranja o maior número possível de trabalhadores.

- *Programação*

Entendida como instrumento de gestão local que orienta a organização dos serviços, na medida em que estabelece as ações a serem realizadas no CS, pelas equipes locais, visando a atenção integral à população sob sua responsabilidade, a programação identifica as ações destinadas a determinar, com certa racionalidade, o tipo, número e destino dos serviços de promoção, recuperação, reabilitação e de atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambiente para assistência a problemas prioritários. Pode compreender as atividades administrativas e de gerência necessárias para apoiar essas ações.

A programação normativa pode ser utilizada como ferramenta do planejamento, pois explicita os problemas e expectativas da atenção à saúde, facilitando a organização dessas ações no âmbito local; visa explicitar os compromissos entre equipes, gestores e população usuária do SUS no âmbito da Atenção Básica; contribui para a definição clara das ações a serem desenvolvidas na área de abrangência da unidade básica de saúde e dos resultados esperados referentes a cada uma dessas ações.

É importante esclarecer que, na prática, as diversas atividades previstas serão realizadas simultaneamente, observando-se o tempo diferenciado e necessário para algumas delas, não sendo recomendado o predomínio de determinada atividade sobre outra, sob o risco de comprometer a integralidade da atenção.

Abaixo algumas propostas de parâmetros que podem contribuir com esta programação, baseados nas planilhas do ProGRAB (Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica) – *software* para a programação das ações das

equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)) que tem como eixo estruturante a integralidade da atenção, visto que propõe amplo escopo de ações desenvolvidas no cotidiano das equipes de Atenção Básica: áreas programáticas, demanda espontânea, atividades de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação, ações intersetoriais e inter-institucionais, guardando coerência com a Programação Pactuada e Integrada, Pacto da Atenção Básica e indicadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Os parâmetros adotados são nacionais e definidos em portarias ou disponíveis na literatura científica, mas as equipes podem proceder a modificações, inclusões e exclusões de áreas, atividades e dos próprios parâmetros, buscando adequação para suas realidades locais.

(RETIRAR LINHAS LATERAIS)

<b>SAÚDE DA CRIANÇA</b>	
<b>CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO</b>	
<b>Dados relevantes</b>	
Número de RN do ano anterior	
Do total de RN da área, cerca de 8% são < 2.500 g	
De cada 100 nascidos vivos num ano, cerca de 14 irão a óbito	
<b>Atividade</b>	<b>Frequência</b>
Visita ao recém-nascido pelo ACS	100% dos RN da área
Visita ao recém-nascido pelo médico ou enfermeiro da ESF	Apenas os de risco
Consulta médica a recém-nascido <2.500g até 1 ano	(verifica Agenda da Criança)
Consulta de enfermagem a recém-nascido <2.500g até 1 ano	
Consulta médica a recém-nascido >2.500g até 1 ano	
Consulta de enfermagem a recém-nascido > 2.500g até 1 ano	
Atividade educativa com mães de crianças até 1 ano	
Consulta médica para crescimento e desenvolvimento de crianças de 1 a 2 anos	
Consulta de enfermagem para crescimento e desenvolvimento de crianças de 1 a 2 anos	

Atividade educativa na unidade com mães de crianças de 1 a 5 anos  
 Consulta médica para crescimento e desenvolvimento de crianças de 2 a 10 anos  
 Atividade educativa na unidade com mães de crianças de 6 a 12 anos  
 Atividade educativa na comunidade sobre crescimento e desenvolvimento  
 Avaliar necessidade

**ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA**

**Dados relevantes**

40% das crianças < 5 anos apresentam doenças infecto-respiratórias  
 70% dos casos são sem complicação, portanto, ano por ano acometerão 28% das crianças < 5  
 20% dos casos são com complicação, portanto, por ano acometerão 8% das crianças < 5 anos

**Atividades**

Consulta de enfermagem para infecções respiratórias  
 Consulta médica para infecções respiratórias  
 Atendimento de urgência em clínica básica para IR grave  
 Consulta enfermagem de retorno para IR grave  
 Administração de medicamento na unidade (IR grave)  
 Inalação/nebulização para sibilância  
 visita domiciliar do ACS

**ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA DIARRÉIA INFÂNCIA**

**Dados relevantes**

[retirar linha vazia](#)  
 75% serão sem desidratação, 20% com desidratação leve Grave e 5% com desidratação

**Atividades**

Consulta de enfermagem para diarreia sem desidratação  
 Visita domiciliar do ACS para criança com diarreia sem desidratação  
 Consulta de enfermagem para diarreia com desidratação leve

<p>Consulta médica para diarreia com desidratação leve  Terapia de reidratação oral na unidade  Consulta médica para diarreia com desidratação grave 2 vezes  Consulta de enfermagem para diarreia com desidratação grave  Administração de soro endovenoso na unidade</p>	
<b>ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA DESNUTRIÇÃO</b>	
<b>INFÂNCIA</b>	
<b>Dados relevantes</b>	
Prevalência da desnutrição: 5,7% dos menores de 5 anos	
<b>Atividades</b>	<b>Frequência</b>
Consulta médica desnutrição	(verificar Agenda da Criança)
Visita domiciliar do ACS Atividade educativa com mães sobre desnutrição e alimentação	
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	
<b>Atividades</b>	<b>Frequência</b>
BCG-RN (< de 1 ano) Tetra valente (< de 1 ano) Hepatite B (< de 1 ano) Sabin (< de 1 ano) Contra febre amarela (< de 1 ano) Sabin (crianças de 15 meses) DPT (crianças de 15 meses) Tríplice viral (crianças 1 ano) DT (crianças de 10 anos) Contra febre amarela (crianças de 10 anos) Anti-tetânica (10/10anos) Contra rubéola (pós-parto, pós-aborto) Contra Influenza (> de 60 anos) Contra Pneumococos (Grupos de risco > de 60 anos) Hepatite B (> de 1 ano a < de 20 anos)	
<b>SAÚDE DO ADOLESCENTE</b>	
<b>Dados relevantes</b>	
Da população adscrita, cerca de % é de adolescentes	
<b>Atividades</b>	<b>Frequência</b>
Consulta médica a adolescente Atividade educativa para o adolescente no CS Atividade na escola/comunidade para educação afetivo-sexual	avaliar necessidade 2 vezes ao ano

Atividade educativa na comunidade para o1 vez ao ano  
adolescente

## SAÚDE DA MULHER

### PRÉ-NATAL

#### Dados relevantes

3% das mulheres

90% das gestantes são de baixo risco

#### Atividades

#### Frequência (verificar protocolo)

Realização de teste imunológico para gravidez (verificar protocolo)

Consulta médica (baixo risco)

Consulta de enfermagem (baixo risco)

Visita domiciliar ACS para gestante

100% mensalmente

Visita domiciliar ACS para puérpera

100%

Atividade educativa na unidade para gestante

Consulta médica ou de enfermagem para100%

puérpera

Vacina antitetânica

100%

Referência para ultra-som obstétrico

100% das gestantes

Encaminhamento para pré-natal de alto risco

10%

### PREVENÇÃO DE CA DE COLO

#### Dados relevantes

Preconiza-se 01 exame a cada 03 anos nas

mulheres em idade fértil

#### Atividades

#### Frequência

Coleta material para colpocitologia oncótica

(verificar protocolo)

Consulta médica prevenção de CA

Consulta de enfermagem prevenção de CA

Consulta médica para tratamento de cervico-

colpite

### PLANEJAMENTO FAMILIAR

#### Dados relevantes

Número de mulheres em idade fértil: X% da

população total

#### Atividades

#### Frequência

Consulta médica para planejamento familiar

Consulta de enfermagem para planejamento

familiar

Reunião educativa de planejamento lanejamentoMensal

familiar

Atendimento clínico para fornecimento e

colocação de diafragma

Atendimento clínico para fornecimento e  
inserção de DIU

## SAÚDE DO ADULTO

### DIABETES MELLITUS

#### Dados relevantes

Prevalência: 8% da população de maiores de 40  
anos

Atividades	Frequência
Consulta médica DM	04 / ano
Consulta de enfermagem DM	04 / ano
Atividade educativa na unidade DM	06 / ano
Glicemia capilar na unidade	12 / ano
Curativo com debridamento em pé diabético	02 / semana
Curativo simples	Diário

### HIPERTENSÃO ARTERIAL

#### Dados relevantes

Prevalência: 15,4% da população de maiores de  
40 anos

Atividades	Frequência
Consulta médica para hipertensos estágio I	04 / ano
Consulta de enfermagem HAS	06 / ano
Atividade educativa na unidade HAS	06 / ano
Consulta médica para hipertensos estágios II e III	06 / ano

III

## SAÚDE DO IDOSO

#### Dados relevantes

Atividades	Frequência
Consulta médica a idoso	(verificar protocolo)
Consulta de enfermagem a idoso	
Visita domiciliar ACS Saúde do Idoso	
Visita do ACS a ILPI	
Visita do médico a ILPI	
Consulta médica domiciliar a idoso	
Coleta de exames no domicílio	
Consulta ou atendimento de enfermagem no domicílio a idoso	
Visita domiciliar por profissional nível médio para idoso	
Atividade educativa na unidade Saúde do Idoso	
Atividade educativa na comunidade Saúde do Idoso	

Estímulo a atividade física dos idosos  
Atividade física orientada no domicílio para idoso  
Visita domiciliar de orientação para redução de idosos  
acidentes e quedas de

### SAÚDE MENTAL

#### Dados relevantes

#### Atividades

#### Frequência

Consulta médica em saúde mental  
Consultas de enfermagem em saúde mental  
Atividade educativa na unidade em saúde  
mental  
Visita domiciliar ACS Saúde Mental  
Consulta médica domiciliar em saúde mental  
Atendimento domiciliar por profissional de nível  
superior  
Atividade em grupo na comunidade em saúde  
mental  
Reunião com a equipe de referência de Saúde  
Mental

### TUBERCULOSE

#### Dados relevantes

Sintomáticos respiratórios: 1% da população  
4% dos sintomáticos respiratórios têm TBC

#### Atividades

#### Frequência

Baciloscopias em sintomáticos respiratórios 02 por ano  
Consulta médica tratamento de casos novos 06 por ano  
TBC  
Consulta de enfermagem tratamento de casos 07 por ano  
novos TBC  
Visitas domiciliares ACS TBC 01 por dia  
Consulta médica casos antigos TBC  
Consulta de enfermagem casos antigos TBC  
Coleta baciloscopia para acompanhamento 06 por ano  
tratamento  
Consulta de enfermagem para comunicantes 04 para cada caso  
TBC  
Consulta médica para quimioprofilaxia TBC 02 por ano  
Consulta de enfermagem para quimioprofilaxia 06 por ano  
TBC  
Campanha educativa na comunidade TBC 02 por ano

Administração de medicamentos para tuberculose	01 por ano (5% dos comunicantes)
PPD ID para crianças comunicantes	01 por ano (85% de cura)
Atendimento para alta a paciente em tratamento autoadministrado TBC	02 por ano (85% de cura)
Atendimento para alta a paciente em tratamento supervisionado TBC	01 por ano (8% dos sintomáticos respiratórios)
PPD ID para auxílio diagnóstico	01 por ano
Anti-HIV para paciente com TBC	01 por ano (8% dos sintomáticos respiratórios)
RX de tórax para diagnóstico de TBC	respiratórios)

### HANSENÍASE

#### Dados relevantes

Prevalência da Hanseníase: **X%** da população (verificar protocolo)  
Número de casos esperados: nº de casos do ano anterior + 5%  
Casos paucibacilares: 50% dos casos  
Casos multibacilares: 50% dos casos  
20% dos casos geram intercorrências

Atividades	Frequência
------------	------------

Consulta médica (paciente paucibacilar)	02
Hanseníase Consulta de enfermagem (paciente paucibacilar)	04
Hansen Visita domiciliar ACS (paciente paucibacilar)	06
Hanseníase Coleta de linfa para pesquisa de M. leprae	01
Consulta médica intercorrência Hanseníase	02
Consulta médica (paciente multibacilar)	03
Hanseníase Consulta de enfermagem (paciente multibacilar)	09
Hansen Visita domiciliar ACS (paciente multibacilar)	12
Hanseníase Administração poliquimioterapia PQT (paciente paucibacilar)	06

Administração poliquimioterapia PQT (paciente12 multibacilar)  
 Atividade educativa na unidade (paciente06 paucibacilar) Hanseníase  
 Atividade educativa na unidade (paciente06 multibacilar) Hanseníase  
 Consulta médica para avaliação de contatos01 por contato - 4 por caso Hanseníase  
 Consulta de enfermagem para avaliação de01 por contato - 4 por caso contatos Hansen  
 Vacinação BCG em contatos 01 por contato - 4 por caso  
 Curativos, debridamentos 01 por ano em 15% dos casos  
 Atendimento de enfermagem nível médio06 (paciente paucibacilar)  
 Atendimento de enfermagem nível médio12 (paciente multibacilar)

#### DST/AIDS

#### Dados relevantes

Atividades	Frequência
Consultas médicas DST	(verificar protocolo)
Consultas de enfermagem DST	
Liberação de preservativo	
Atividade educativa na unidade DST	

- *Construção da agenda das equipes*

A partir do conhecimento da realidade, da definição de estratégias de enfrentamento traçadas no plano local, e da definição de grupos prioritários e atividades previstas para a atenção à saúde desses grupos, faz-se necessário que as equipes garantam, no seu cotidiano, a implementação dessas ações. A agenda de trabalho dos profissionais e conseqüentemente das diversas equipes deverão traduzir as propostas definidas globalmente, em sentido mais amplo e programático, garantindo que as macropropostas sejam construídas cotidianamente.

Só se pode pensar em formato de agenda ao se definir a necessidade real de cada área de abrangência (AA) e o potencial de cada componente da equipe e de cada recurso disponível dentro e fora do CS.

A discussão e a pactuação da agenda de trabalho das ESF devem ser feitas utilizando-se todos os eixos da atenção integral e dos projetos terapêuticos individuais e coletivos, ou seja, demanda espontânea, cuidado clínico continuado, ações de vigilância, reuniões de equipe, reuniões clínicas, visita domiciliar, reuniões com famílias, atividades de planejamento, de educação em saúde, atenção domiciliar, atividades na comunidade, dentre outras.

Reafirma-se que equipes precisam aprimorar a sua lógica de funcionamento, seu modo de se organizar localmente para prestar serviços, cobrindo as demandas e também crescendo e inovando em seu jeito próprio de trabalhar e exercitando sua autonomia e protagonismo de acolher, organizar-se, avaliar-se, direcionar prioridades, trocar idéias, inclusive para reduzir o desgaste e adoecimento no trabalho.

Nesse processo, como as necessidades e demandas são quase infinitas e de ampla diversidade, é o aprendizado com o coletivo que aponta para a definição de prioridades e de formas de se lidar com elas. Mediante tantas demandas, deve-se co-definir quais as questões prioritárias nas quais se faz necessário e é possível intervir em nível local. Algumas prioridades, muitas vezes, requerem atuação intersetorial, por exemplo, o que exige inovação nas próprias habilidades e competências da equipe, desafiando para novas aprendizagens, novas relações e novas intervenções. Portanto, é importante ter clareza sobre algumas atividades-padrão a serem oferecidas, mas mais importante é apropriar-se de métodos e ferramentas de organização, de formas de acolhida, de interação, exercitando, permanente e coletivamente, os modos de se lidar com as demandas e organizar ofertas, efetivamente, discutindo e pactuando as prioridades junto com a comunidade.

Faz-se pertinente agrupar situações que já se mostram legitimamente definidas como ações básicas que devem ser ofertadas para atender necessidades e demandas mais comuns da população, já caracterizadas como relevantes no âmbito da saúde pública.

Além das ações já incorporadas à agenda das equipes, como procedimentos de enfermagem, consultas médicas, grupos operativos e visitas domiciliares, os CS ou ESF devem prever novas ofertas, como por exemplo:

- grupos voltados para usuários considerados hiperutilizadores do CS, retirando-os do atendimento tradicional e buscando formas diferenciadas de abordagem;
- consultas de enfermagem, com agendamento para o mesmo dia ou programadas, que paulatinamente qualifiquem o papel do enfermeiro na assistência à saúde;
- reunião com membros da família e/ou cuidadores para esclarecer quadros e propostas de plano terapêutico, ampliar vínculo, confiança e adesão ao tratamento, dentre outras.

- *Monitoramento e avaliação*

Da mesma forma que se enfatiza a necessidade de as equipes planejarem sistematicamente o seu trabalho, chama-se atenção para que esse planejamento sistemático contemple a perspectiva avaliativa das ações, do processo e de inserção dos sujeitos no trabalho.

A questão do monitoramento e avaliação é aqui tratada na perspectiva de informação para planejamento e organização dos serviços, e incentivada enquanto processo pedagógico que possibilita às equipes crescerem em sua capacidade de análise e de intervenção, isto é, pessoal e profissionalmente, em seu potencial analítico, crítico, aumentando sua autonomia e protagonismo a partir de manuseio e análise de dados.

Alguns pontos devem ser problematizados e centralizados para mobilização das equipes locais – não somente produzir ações e serviços, mas gerar conhecimento em seu entorno. As equipes devem conhecer os indicadores de monitoramento e avaliação das ações institucionais que desenvolvem e, por sua vez, os gestores devem definir claramente os critérios e indicadores utilizados para avaliação de seu desempenho e pactuá-los com as equipes, como forma de dimensionar o êxito ou insucesso das ações e experiências. Instrumentos de avaliação devem, ainda, ser utilizados pelo usuário.

Para que a prática da avaliação seja institucionalizada em nível local, deve-se discutir e definir qual a finalidade da informação no contexto local, a quem deve servir, as estratégias para que circule, alcance e seja efetivamente utilizada pelos diferentes sujeitos participantes.

As equipes devem avaliar se os tipos de relatórios que serão disponibilizados são pertinentes, se reúnem as informações estratégicas, destinadas aos diferentes públicos e conforme com a sistemática de produção, divulgação, etc.

Partindo dessas reflexões, devem ser pensados sistemas avaliativos de desempenho baseados em metas traçadas e negociadas coletivamente. Cada CS ou ESF desenvolverá seu plano interno para monitoramento de seu processo e desempenho, com base em metas pactuadas com os gestores e a comunidade. Por esses mecanismos podem ser monitorados não somente as ações e seu desempenho, mas o próprio processo de trabalho, com as equipes conhecendo e formulando, conjuntamente, as metas e indicadores por meio dos quais seriam avaliadas institucionalmente.

A idéia é não se restringir à compreensão da informação enquanto sistema de dados informatizados, mas problematizar a finalidade e potencialidade dessa informação e dos diversos instrumentos/fontes, para que os trabalhadores possam se ver em tais instrumentos e otimizar sua utilização e seus registros; para se

apropriarem da discussão e do uso das tecnologias de informação que, habitualmente, ficam restritas a especialistas e serviços específicos da Secretaria.

Quaisquer análises realizadas devem levar em conta aspectos já tradicionalmente ressaltados como influentes no processo de implementação e resultados das ações, quais sejam, tanto os componentes de infra-estrutura englobados como recursos físico-financeiros, na forma de materiais e insumos, quanto aspectos da gestão, das condições de funcionamento e dinâmica do serviço. A disponibilidade efetiva dos recursos e contexto favorável de trabalho devem ser levados em conta no dimensionamento do desempenho e qualidade das ações e das relações.

Adiante, neste documento, as propostas de ofertas e de agenda de trabalho ficam mais evidentes, inclusive possibilidades para desenho de dimensões avaliativas do processo de trabalho e desempenho dos serviços e as metas que podem compor sistemas avaliativos baseados em desempenho/metras.

Os planos locais, se analisados seus objetivos e metas, serão configurados em *contratos de gestão* e devem contemplar metas em diferentes dimensões, desde aquelas voltadas para a melhor organização dos processos de trabalho até as metas finalísticas diretamente relacionadas à assistência aos usuários. Dadas as atuais circunstâncias de precário funcionamento das equipes locais na esfera da organização e planejamento de trabalho, foram levantados alguns pontos, dos quais devem derivar metas para os primeiros contratos locais de gestão.

- *O papel ativo dos usuários na caracterização de necessidades e prioridades*

Recomenda-se estabelecimento de mecanismos eficazes de comunicação com quem utiliza o serviço e com a comunidade em geral, incluindo estratégias diferenciadas de escuta, além dos momentos de atendimento individual.

Devem ser realizadas reuniões periódicas que incluam equipes, população e equipamentos sociais. As equipes devem buscar a realização de atividades externas nos espaços e equipamentos sociais, projetos em sala de espera e outros.

Outra estratégia importante é a implementação de sistemas de escuta, nos moldes de ouvidorias, que se estabeleçam como referência para a população, seja para apresentar queixas ou outros comentários, propostas, etc, com a garantia de se proporcionar retornos aos usuários e/ou comunidade. Por retorno ao usuário não deve-se compreender, necessariamente, respostas positivas para quaisquer problemas, mas sim o cuidado e o compromisso sistemático e institucional em fazer contato, providenciar explicações ou outros encaminhamentos pertinentes. O Centro de Saúde deve, ainda, lançar mão de estratégias para organizar as reuniões de Comissão Local de Saúde de modo mais participativo e ampliadas em seus objetivos e formas de captura de necessidades sentidas pela população.

A partir de análise cuidadosa da realidade local, juntamente com a reavaliação contínua dos projetos e ações básicas institucionais, entendidas como ações programático-estratégicas, devem se estabelecer e pactuar metas de trabalho.

### **A integração no CS e o trabalho em equipe**

Esse tópico enfatiza algumas estratégias que ajudam as equipes a se aprimorarem como multiprofissionais, em busca do trabalho integrado, e na condução do processo de trabalho de forma mais sistemática, em busca de melhores resultados. É importante ressaltar que todas as estratégias propostas têm objetivo mais amplo de melhorar a comunicação e interlocução entre os diversos atores que participam da rede básica de saúde.

- Reuniões

Apesar de o planejamento permear todo o trabalho das equipes, deve-se garantir que a agenda ou grade de trabalho do serviço preveja, de forma sistemática, momentos especificamente destinados a atividades de planejamento e avaliação. Reuniões de equipe e dispositivos similares, como grupos de discussão, rodas de conversa e outros devem ser instituídos na rotina do serviço. No caso das reuniões, deve-se cuidar para melhorar a sua dinâmica e potencializar seu alcance, promovendo-se seleção criteriosa de pauta, priorizando mais os processos de trabalho, métodos de condução, metas e estratégias de monitoramento, formas de assegurar e motivar a participação de toda a equipe e de usuários, sempre que possível, e menos as questões administrativas.

Os momentos de reunião são destacados como os primordiais para garantia de bom trabalho e integração das ESF e dos CS. A reunião funciona como método para colocar em análise todas as situações vividas no âmbito do trabalho, tanto as relacionadas ao processo e desempenho quanto as afetas às interrelações nas equipes. São espaços que, considerando os problemas atuais mais relevantes na realidade das equipes, devem ser priorizados para debates onde se enfoque a análise de dados epidemiológicos e outros da realidade local, revise e atualize diagnósticos específicos e ampliados, com propostas de enfrentamento das situações prioritárias; servem, ainda, para a discussão das situações de conflito e de dificuldade das equipes em captar a percepção de cada sujeito sobre a resolutividade da oferta, em discutir o acolhimento, em avaliar a co-responsabilidade do usuário e a qualidade da assistência. Também são espaços de educação permanente que permitem a discussão dos casos de cada equipe e dos problemas do CS que são melhor solucionados depois de reflexão conjunta pelos profissionais envolvidos, além de possibilitarem real pactuação entre os diversos atores.

Sugestões de momentos prioritários e de como podem ser garantidos dentro do CS:

- reuniões por ESF, freqüência recomendada semanal. A realização dessas reuniões deve ser pactuadas com o Conselho Local de Saúde, comunidade e toda a equipe de saúde. Deve ser assegurada a retaguarda feita pelos outros profissionais do CS para assistência aos casos agudos da população coberta pela ESF. Nessas reuniões devem ser trabalhados materiais de avaliação e planejamento, informações do ACS, problemas no processo de trabalho da equipe, acompanhamento de planos terapêuticos de usuários, definição de novas ações e atividades a serem ofertadas, dentre outros. Os ACS e auxiliares de enfermagem, membros da equipe, devem participar das reuniões. Outros atores, como os médicos de apoio, gerente, zoonose, devem fazer parte das reuniões sempre que possível e necessário;
- reuniões de supervisão do enfermeiro com os ACS;
- reuniões de colegiado gestor de freqüência quinzenal recomendada(a gestão colegiada será descrita posteriormente);
- reuniões gerais do CS, de freqüência trimestral sugerida, com envolvimento de toda a equipe. São fundamentais para que as diversas áreas e os trabalhadores troquem informações e estabeleçam comunicação efetiva no trabalho, constituem atividade integradora para o CS e devem ser pactuadas com a Comissão Local de Saúde. O CS não precisa ser fechado completamente, ficando, por sugestão, um auxiliar de enfermagem e um médico na retaguarda, orientando a população e assegurando a assistência aos casos agudos;
- reuniões para discussão de casos clínicos selecionados e outros similares, para interface com as diferentes áreas técnicas/especialidades, de freqüência mensal recomendada, ficando a critério de cada serviço a realização de reuniões extraordinárias com base, por exemplo, em casos clínicos relevantes, por demanda das ESF ou dos profissionais de apoio;
- reuniões-relâmpagos da equipe, do colegiado ou de setores, com ou sem o gerente, sempre que se considerar necessário, a serem acionadas pelo gerente ou trabalhadores;
- reuniões ordinárias de Comissões Locais de Saúde, conforme agenda programada, abertas à comunidade em geral. É importante inserir na pauta da

comissão local os temas assistenciais e de organização do processo de trabalho local;

- reuniões de equipe com a comunidade em que, recomenda-se, as equipes prevejam, pelo menos semestralmente, reunião com a população da área de adscrição, sobre temas relacionados ao funcionamento do SUS, da equipe e processo de trabalho em geral;

- reuniões de equipes do CS com o Distrito, a serem previstas no âmbito do acompanhamento regular das unidades pelas equipes distritais ou Grupo de Condução.

Todos os momentos de reuniões devem ser valorizados e potencializados na ótica dos processos de trabalho, não se colocando nos moldes de “prescrições ou de agendas inflexíveis, mas, pelo contrário, instituindo-se como práticas flexíveis e atraentes para os atores que deles participem, tanto trabalhadores quanto usuários.

As equipes devem pautar e negociar, coletivamente, outros momentos, considerados também pertinentes e necessários, para nortear seu trabalho.

Também os mecanismos de comunicação podem ser ampliados e aprimorados, por meio de divulgação escrita dos trabalhos realizados nos CS, para circulação no Distrito e entre todas as Unidades de Atenção à Saúde e divulgação das ações do CS para a comunidade, como seminários de apresentação de resultados.

- Projetos terapêuticos como eixo de abordagem dos usuários

O projeto terapêutico é o dispositivo que se agrega à escuta qualificada das necessidades e demandas do usuário – projeto terapêutico individual – e da comunidade – projeto terapêutico coletivo; possibilita o exercício de clínica ampliada, de direcionamento, adequação e ajustamento das ofertas, mais específicas ou amplas, de acordo com as necessidades e possibilidades.

Os projetos terapêuticos possibilitam efetivamente adaptar e selecionar as ofertas pertinentes para o usuário e comunidade, baseadas nas necessidades e demandas singulares e também constituem oportunidade de se aprimorar o trabalho em equipe, pois são de elaboração coletiva e pactuam o papel de cada um na intervenção coletiva.

Se necessário, apoio e articulação com os serviços da rede devem ser previstos, incluindo até outros profissionais da área da saúde e dos demais níveis de atenção. Muitas vezes as necessidades e demandas requerem intervenções de espectro mais amplo, exigindo articulações intersetoriais e, nesse sentido, estimulando e incentivando o exercício de planejamentos e ações intersetoriais e a criação de *redes* na comunidade local.

A elaboração dos projetos terapêuticos na perspectiva de construção dessas redes envolve todos os atores e recursos necessários para enfrentamento dos problemas – o usuário, a família, a comunidade, os equipamentos sociais locais, o apoio da Unidade, dentre outros, que são espaços reais para discussão e busca da co-responsabilidade efetiva dos usuários e comunidade, considerando, de um lado, o compartilhamento que se propõe em torno das condutas, prescrições, orientações, e de outro lado, assegurando a compromisso do outro para compreender que nem todas as necessidades podem ser atendidas de modo definitivo no âmbito das equipes e/ou serviços locais.

A definição de um projeto terapêutico pressupõe o estabelecimento de quem será o gestor do cuidado do usuário – que será um profissional da equipe, estabelecido como referência tanto para o usuário quanto para a equipe e responsável pela avaliação da execução do projeto terapêutico.

- Protocolos clínicos e organizacionais

As equipes devem se apropriar dos protocolos institucionais já existentes, implementando-os efetivamente no cotidiano do serviço e, mais do que isso,

avançar na construção coletiva de novos protocolos voltados para diferentes problemas, rotinas e acompanhamento de grupos prioritários, relevantes em suas realidades, tendo por base linhas de ação, de cuidados e fluxos. O movimento para a elaboração coletiva desses instrumentos gera oportunidade de esclarecimento e pactuação de atribuições e responsabilidades entre os membros da equipe e serviço.

Sugere-se a criação de grupos de trabalho em cada CS constituídos por membros das ESF e da equipe de apoio, os quais devem se estabelecer como referência para cada ciclo de vida, encarregando-se da implantação efetiva dos protocolos e do seu acompanhamento, promovendo ações programadas dentro de cada tema. Os diversos protocolos assistenciais da rede municipal de saúde estão disponíveis no endereço [www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br) > portal do servidor > saúde > publicações e eventos > Rotinas de Atendimentos

- Encontros com familiares e rede social do doente

Devem ser incluídos na agenda das equipes encontros sistemáticos com os usuários e sua rede familiar e social a fim de se discutir e de informar sobre a situação de saúde-doença. São dispositivos que potencializam a interação e co-responsabilização entre equipes e população pela gestão compartilhada dos cuidados e intervenções com o usuário e comunidade e também atendem à necessidade comum de informação e melhoria da comunicação com o usuário e familiares, além de que abrem, efetivamente, espaços de contato com a rede social dos usuários.

- Gestão participativa/Instâncias colegiadas de gestão

A organização do processo de trabalho está intrinsecamente relacionada a gestão do trabalho. Mesmo reconhecendo as importantes iniciativas para democratização das relações institucionais, ainda há muito para se avançar na implementação de processos participativos no âmbito dos CS.

Reforça-se, então, a necessidade de implementação e aprimoramento das instâncias e mecanismos de gestão participativa, cuidando para não se restringir à estruturação formal de colegiados gestores, mas assegurar seu funcionamento efetivo, com representação de todos os trabalhadores e equipes e incorporar métodos de atuação que possibilitem decisões e intervenções conjuntas. Cada ESF, naturalmente, deve funcionar nos moldes de um colegiado ampliado.

As Gerências Regionais de Saúde – os distritos sanitários – e suas diversas gerências são instâncias importantes para a gestão participativa e para capilarização de informações e processos educativos e devem ser referência e suporte para os CS.

- Educação permanente e acompanhamento

Como suporte e aprimoramento de todas as atividades mencionadas, os trabalhadores e gestores devem se envolver num plano de educação permanente que inclua temas afins ao planejamento e gestão de pessoas, como relações, conflitos, métodos de negociação, gestão participativa, dentre outros. Esse plano está em elaboração na SMSA-BH e será conduzido pelo Centro de Educação em Saúde.

A educação permanente está intimamente relacionada ao aprimoramento da prática profissional e, conseqüentemente, ao incremento da qualidade dos serviços. A educação permanente no serviço é um processo que deve emergir do próprio profissional por meio da reflexão constante sobre sua prática; também por isso a importância do papel ativo de cada ator envolvido. A motivação provocada pelo desconforto e/ou insatisfação é fator essencial para a educação permanente.

O trabalho do gerente local deve ser aprimorado que, além de exercer as funções gerenciais usuais de supervisão, coordenação, devem criar e sustentar espaços de interlocução entre os atores, articulando os “objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários”; evitando a “tendência a se

reproduzirem formas burocratizadas de trabalho”. O gerente deve trabalhar com as demandas dos sujeitos e também provocar/ofertar temas relevantes para discussão, ajudando as equipes a aumentarem sua capacidade analítica e de intervenção na realidade em que atuam. (Campos, 2003)

A assessoria e o acompanhamento feitos pelos grupos de condução distritais, que analisam e auxiliam, continuamente, o planejamento e desenvolvimento das ações, conhecendo e respeitando as peculiaridades locais, as singularidades e momentos próprios da Equipe/Unidade, serão mantidos e aprimorados.

Dada a importância do papel do gerente local na garantia e condução desse processo faz-se necessária a sua capacitação em áreas afins à gestão e administração de serviços de saúde, incluindo gestão de pessoas (relações, conflitos, métodos de negociação, etc). Sua agenda deve ser readequada, para equilibrar melhor os horários presenciais na Unidade com as demandas externas que exigem afastamento do Serviço, de forma a não dificultar o acompanhamento mais regular das ações planejadas. O gerente deve publicizar sua agenda para a equipe e comunidade.

- Apoio matricial para as ESF

O apoio matricial é um dos dispositivos que tem sido pensado e experimentado para aprimorar o suporte às equipes em suas demandas de referenciamento de pacientes, buscando a superação da lógica de referência e contra-referência de forma verticalizada. No apoio matricial, é articulada a retaguarda de especialistas em algumas áreas específicas e prioritárias, de forma que se estabeleçam como referência para as ESF, mediante diferentes modos e estratégias: receber os casos encaminhados, mas também acolher as dúvidas dos trabalhadores, pactuando acordos para fazer orientações por telefone, visitas programadas ao nível local, agenda de discussões clínicas, estudos de caso, etc, caminhando inclusive no sentido de elaboração conjunta dos projetos terapêuticos. Essas

estratégias funcionam como mais um passo dado em direção à ampliação e consolidação de redes de atenção e gestão compartilhada.

O apoio matricial pode ser oferecido pelos profissionais de apoio dos CS, dos distritos e do nível central, mas também pelos diferentes serviços de referência, como a atenção secundária, CEM (Centros de Especialidades Médicas), CEO (Centros de Especialidades Odontológicas), ESM, Reabilitação, Farmácia Distrital e demais instâncias da rede.

- Telessaúde

A Secretaria Municipal de Saúde já conta com uma rede de telessaúde capaz de propiciar processo de educação permanente, sem que os profissionais de saúde tenham que sair de suas unidades, e de dar suporte assistencial aos profissionais dos CS, através da discussão de casos clínicos e de resolução de dúvidas assistenciais e está implantado em toda cidade.

O modelo de telessaúde está centrado em teleconferências e teleconsultorias, envolvendo profissionais da Atenção Básica que interagem com especialistas da rede, de universidades e de outras instituições formadoras e de áreas técnicas do nível central. Já existe este serviço nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia, com possibilidade de expansão.

#### Teleconferências

As teleconferências se realizam de 15 em 15 dias nas três áreas – medicina, enfermagem e odontologia –, a partir de temas definidos pelos profissionais das unidades e pela SMSA cuja programação é repassada pelo fórum para todas as unidades. É importante que todos os profissionais dos CS programem suas atividades de forma a liberar sua agenda para a participação nesse amplo processo de formação propiciado pelo telessaúde.

#### Teleconsultorias

As teleconsultorias, que podem ser pedidas por qualquer profissional dos CS, apresentam-se em duas modalidades:

Telessaúde *on-line* – para os casos mais complexos, os profissionais agendam discussão com especialistas das três áreas citadas, utilizando os recursos de acesso à imagem e voz do especialista, com o qual compartilham imagens radiológicas, dermatológicas, eletrocardiogramas e informações necessárias para discussão de casos clínicos;

Telessaúde *off-line* – para os casos mais simples, as atividades podem ser não presenciais, *off line*, por meio de sistema de mensagens eletrônicas em que se trocam informações entre os profissionais dos CS e os especialistas, envolvendo consultoria, discussão de casos, segunda opinião e dúvidas assistenciais.

A proposta é que, nas unidades em que o sistema de telessaúde já está instalado, os profissionais insiram em sua rotina de trabalho o uso desse recurso de telessaúde para suporte assistencial e processo de formação continuada. Também no processo de planejamento das atividades das equipes de saúde devem ser incorporada a utilização dos recursos de telessaúde *on-line* e *off-line* de forma rotineira.