



---

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Cleonice Ferreira Rabelo

**Projeto Saúde em Rede no município de Cláudio - Minas Gerais: um relato de  
experiência**

Belo Horizonte

2022

Cleonice Ferreira Rabelo

**Projeto Saúde em Rede no município de Cláudio - Minas Gerais: um relato de  
experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Thaís Lacerda

Belo Horizonte

2022

R114p

Rabelo, Cleonice Ferreira.

Projeto Saúde em Rede no município de Cláudio - Minas Gerais: um relato de experiência. /Cleonice Ferreira Rabelo. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

59 f.

Orientador(a): Thaís Lacerda e Silva.

Relato de experiência (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Atenção Primária à Saúde (APS). 2. Processo de Trabalho em Saúde.  
3. Projeto Saúde em Rede. 4. Educação Permanente em Saúde (EPS).

I. Silva, Thaís Lacerda e. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.6

Cleonice Ferreira Rabelo

**Projeto Saúde em Rede no município de Cláudio - Minas Gerais: um relato de experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em:

11 de novembro de 2022

**Banca examinadora:**

Fernanda Jorge Maciel  
Mestre em Saúde Pública

Isabela Flávia dos Santos  
Especialista em Saúde da Família e Atenção Básica

Thaís Lacerda e Silva (Orientadora)

Doutora em Saúde Pública

Belo Horizonte

2022

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional e pelas oportunidades de crescimento pessoal e humano vivenciadas na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Aos meus familiares e meu marido que sempre me apoiaram incondicionalmente.

À Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Cláudio pelo apoio.

Ao enfermeiro Reginaldo pelo incentivo e apoio.

À minha parceira na tutoria do Projeto Saúde em Rede, Isabela.

À minha orientadora Thaís, pelo imenso apoio, compreensão e conhecimento compartilhado para que este trabalho tornasse realidade.

## RESUMO

O Saúde em Rede é um projeto da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, cuja implementação no município de Cláudio se deu pela realização de 17 oficinas em uma unidade básica de saúde (UBS). As oficinas, realizadas no horário de trabalho, contou com a participação dos trabalhadores da UBS e a mediação de dois tutores. O monitoramento da implementação do Projeto se deu pelo acompanhamento do Plano de Ação da UBS e pela avaliação dos macro e microprocessos da APS previamente definidos. Nesse contexto, este estudo objetivou relatar as contribuições da implementação do Projeto Saúde em Rede para a (re)organização de processos de trabalho em uma UBS do município de Cláudio - Minas Gerais. Entre os resultados obtidos com a implementação do Projeto, estão: a atualização do cadastro das famílias, dos mapas inteligentes e da classificação de risco das famílias; a implementação de estratégias para aumento da cobertura vacinal e de organização da sala de vacina, entre outros. A reflexão e a discussão sobre os processos de trabalho da APS trouxeram para a equipe uma melhor organização do atendimento aos usuários, a intensificação da busca ativa no território e melhor planejamento das ações, em sintonia com as necessidades de saúde da população. O Projeto retomou a discussão e a organização de processos de trabalho gerais da APS e alguns específicos das linhas de cuidado materno-infantil e de hipertensão e diabetes. Conclui-se que o Projeto Saúde em Rede reforçou o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção. É preciso valorizar projetos e buscar políticas públicas que fomentem estes processos de Educação Permanente em Saúde, possibilitando espaços protegidos para a discussão do trabalho e mudanças na qualidade das ações ofertadas.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde (APS); Processo de trabalho em saúde; Projeto saúde em rede; Educação Permanente em Saúde (EPS).

## ABSTRACT

Saúde em Rede is a project designed by the Health Department in the state of Minas Gerais. Cláudio city took place through the holding of 17 workshops in a Primary health care units. we carried out during working hours, with the participation of health professionals and the mediation of two tutors. The implementation was monitored by following the macro and microprocesses previously and the Evaluation Plan. In this context, this study aimed to report the contributions of the implementation of the Saúde em Rede Project for a (re)organization of work processes in a Health care unit in the city of Cláudio - Minas Gerais. Among the results obtained are: an update of the register of families, of the smart maps and of the risk classification of the families; the implementation of strategies to increase vaccination coverage and organization of the vaccine room, among others. The reflection and discussion on the work processes in the health units brought a better organization of the work processes, the intensification of the search of patients with some disease in the territory and the alignment of processes with the population's health planning. The Project resumed the discussion and organization of work processes and some details of the guidelines of maternal and child care and hypertension and diabetes care. As conclusion, the Health Project stated as a care coordinator and organizer of care. It's necessary search public policies that promote these processes of Permanent Education in Health, requiring protected spaces for the discussion of work processes and changes in the quality of the actions offered.

Keywords: Primary Health Care; Health work process; Network health project; Permanent Education in Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Metáfora da casa de Eugênio Vilaça Mendes .....	24
Figura 2 - Bilhete informativo elaborado pela UBS laboratório para informações aos usuários sobre consulta no CEAE .....	27
Figura 3 - Mapa inteligente atualizado pela unidade laboratório .....	30
Figura 4 - Foto da organização do arquivo de prontuário por família na UBS laboratório.....	33
Figura 5 - Relatório de faltas nos atendimentos e exames agendados na semana na UBS laboratório .....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do quantitativo populacional das microáreas da UBS laboratório.....	34
--	----

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1 A Atenção Primária em Saúde no Brasil .....	13
<b>3 O RELATO DA EXPERIÊNCIA: A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SAÚDE EM REDE NO MUNICÍPIO DE CLÁUDIO .....</b>	<b>20</b>
3.1 Contextualização da organização dos serviços de saúde no município de Cláudio .....	20
3.2 Implementação do Projeto Saúde em Rede na unidade laboratório .....	22
3.2.1 Oficina tutorial 01: Conhecendo a proposta do Projeto Saúde em Rede e discutindo as bases do trabalho em equipe e colaborativo .....	22
3.2.2 Oficina tutorial 02: Discutindo o modelo de construção social da Atenção Primária à Saúde e o colegiado gestor .....	23
3.2.3 Oficina tutorial 03: Discutindo o cobertura vacinal e os microprocessos de vacinação .....	25
3.2.4 Oficina tutorial 04: Discutindo sobre rede e trabalho em rede e estratégias de integração entre profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) .....	26
3.2.5 Oficina tutorial 05: Discutindo os papéis da APS e da AAE no âmbito da rede de atenção à saúde, com foco no cuidado materno-infantil .....	29
3.2.6 Oficina tutorial 06: Discutindo a importância do cadastramento familiar e a análise do território de atuação da equipe e a sua relação com o processo de saúde e doença da comunidade .....	29
3.2.7 Oficina tutorial 07: Discutindo a classificação de risco familiar e as visitas domiciliares (VD) .....	31
3.2.8 Oficina tutorial 08: Discutindo os mapas inteligentes, a distribuição de microáreas dos acs e o balanço de atendimentos semanal .....	33
3.2.9 Oficina tutorial 09: Discutindo sobre fatores relacionados a barreiras de acesso à saúde existentes para populações minoritárias .....	35
3.2.11 Oficina tutorial 11: Discutindo a oferta de ações e serviços e o cuidado a pessoas que buscam a UAPS frequentemente .....	41
3.2.12 Oficina tutorial 12: Dando continuidade à análise da oferta de ações e serviços na UAPS e discutindo os processos de trabalho relacionados à recepção .....	43
3.2.13 Oficina tutorial 13: Compreendendo características das condições agudas e crônicas e o atendimento a eventos agudos na APS .....	44
3.2.14 Oficina tutorial 14: Discutindo o modelo de atenção às condições crônicas .....	45
3.2.15 Oficina tutorial 15: Discutindo sobre a programação local .....	47
3.2.16 Oficina tutorial 16: Discutindo o cuidado à gestante e o cuidado compartilhado .....	47
3.2.17 Oficina tutorial 17: Conhecendo o perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) .....	48

<b>4 SÍNTESE DOS DESDOBRAMENTOS DO PROJETO NA UBS LABORATÓRIO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Iniciei minha trajetória profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012, em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Cláudio - Minas Gerais (MG), onde atuei como enfermeira até 2016. No ano de 2017, assumi essa mesma função no município de Mateus Leme – MG, local onde trabalhei até de julho de 2018, momento em que fui convocada novamente para atuar no município de Cláudio. Atualmente, em Cláudio-MG, exerço o trabalho de coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta função, busco conhecimento e estratégias para fortalecer o SUS, especialmente a atenção básica e o trabalho em rede, com o intuito de gerar eficiência e resolutividade para os municípios, em sintonia com as diretrizes da APS.

No contexto de atuação como coordenadora da APS, fui designada, no ano de 2021, pela gestão municipal de Cláudio para atuar como tutora do Projeto Saúde em Rede, desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). O Projeto Saúde em Rede iniciou-se em 2019, em etapa piloto na região do Jequitinhonha. Atualmente, vem sendo expandido para todo o estado de Minas Gerais, incluindo a microrregião de saúde de Divinópolis, da qual o município de Cláudio faz parte. Trata-se de Projeto estratégico que visa à (re)organização dos processos de trabalho na APS e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), especialmente nas linhas de cuidado materno-infantil e Hipertensão Arterial Sistêmica/Diabetes Mellitus, ofertando também subsídios para a organização das demais linhas de cuidado..

Como tutora do Projeto Saúde em Rede no município, assumi o desafio de contribuir para a mudança nos processos de trabalho junto à equipe do PSF II - Dr. Lincoln Barbosa. Para isso, nós, tutores, participamos de encontros formativos realizados em Divinópolis, durante os quais foram abordados diferentes temas que abrangem o cuidado na APS e a sua relação com a AAE, assim como instrumentos que contribuem para a análise e a reorientação de processos de trabalho em saúde. Como desdobramento, desenvolvi Oficinas Tutoriais junto à equipe do PSF II - Dr. Lincoln Barbosa, nas quais discutimos uma variedade de processos que compõem o trabalho na APS. Ao todo, foram desenvolvidas 17 Oficinas Tutoriais, em um período de aproximadamente um ano.

Entendo que o Projeto Saúde em Rede chega em um momento oportuno para resgate e fortalecimento das ações da APS, as quais foram significativamente modificadas para o atendimento às demandas decorrentes da pandemia da COVID-19. Como podemos observar na literatura técnico-científica mais recente, havia uma expectativa de que a APS tivesse um papel central no controle da pandemia da COVID-19, e que também mantivesse as ações rotineiras de cuidado à saúde da população sob sua responsabilidade. Em que pesem essas expectativas e compreensões, diversas dificuldades têm sido encontradas pelas equipes da APS para a garantia do cuidado integral à saúde da população no cenário de pandemia. Conforme ressaltam Reigada et al. (2021), a pandemia tem representado uma barreira de acesso a muitos serviços de saúde, na medida em que se reorganizaram para o atendimento prioritário aos usuários possivelmente infectados pela Covid-19. Soma-se a isso, a falta de profissionais nos serviços, devido aos afastamentos por questões de saúde-doença, e o fato de que muitos usuários deixaram de procurar os serviços de saúde, seja pelas recomendações de afastamento/isolamento social e/ou pelo medo de contaminação.

Segundo Medina et al. (2020), a reorganização dos serviços de APS para o enfrentamento à pandemia é necessária, mas deve-se manter a oferta regular de suas ações, o contato e o vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde. Afinal, as equipes de Saúde da Família (eSF) são consideradas a estratégia mais adequada para acompanhar e apoiar as populações em situação de afastamento e/ou isolamento social, por estarem mais próximas dos locais onde essas pessoas residem. Porém, diante das diversas dificuldades de atuação das equipes, tais como o grande número de casos de usuários com suspeita de Covid 19 e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, as atividades regulares das equipes foram drasticamente reduzidas. Vale ressaltar, no entanto, que muitas delas foram reduzidas até mesmo por orientação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde, por meio de notas técnicas. Mesmo com todas as dificuldades, é importante e necessário reconhecer a abrangência e a potência da força de trabalho das equipes de SF. Diversas experiências bem-sucedidas tem demonstrado o papel da APS no enfrentamento da Covid-19, nos mais variados contextos.

É nesse contexto, de um trabalho na APS ainda atravessado e fortemente afetado pela Pandemia da Covid 19 que o Projeto Saúde em Rede se insere no município de Cláudio. Com isso, o intuito deste trabalho é realizar a descrição e a análise da implantação do Projeto na unidade laboratório (PSF II - Dr. Lincoln Barbosa), identificando as principais mudanças ocorridas nos processos de trabalho do PSF II.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso está embasado na definição abrangente da Atenção Primária em Saúde e na defesa da Estratégia Saúde da Família (ESF) como sendo prioritária para a organização dos serviços das UAPS. Para tanto, esta seção apresenta, de forma breve, o conceito de APS que orienta o estudo, as características dos processos de trabalho da ESF, assim como os atos normativos mais recentes publicados pelo Ministério da Saúde e que tem tensionado a forma de organização abrangente e integral dos serviços na APS.

### **2.1 A Atenção Primária em Saúde no Brasil**

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) de caráter abrangente, baseada nos termos da Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, Cazaquistão (1978) e aprimorada por diversos autores ganha espaço como modelo a ser seguido. Nesta concepção, a proposta de APS abrangente possui entre seus atributos: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, o cuidado centrado na família e orientado para a comunidade, além da intersetorialidade. Suas práticas de cuidado são orientadas pela compreensão de que a saúde é resultado de múltiplos fatores e não relacionados apenas aos aspectos biológicos (SUMAR, FAUSTO, 2014).

No Brasil, a APS é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços na rede, devendo contribuir com a organização dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. A APS deve ser resolutiva e reconhecer as necessidades de saúde da população da sua área de abrangência, além de fazer a articulação com outros pontos da RAS, por meio de ações intersetoriais (BRASIL, 2017). A definição e compreensão de Atenção Primária em Saúde está expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB):

“o conjunto de ações de saúde 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” (BRASIL, 2017, p.1).

Observa-se, portanto, que a APS cumpre um papel estratégico na efetivação da integralidade do cuidado em saúde, por meio do desenvolvimento de diversas ações e de uma atuação em equipe atenta às reais necessidades de saúde da população que vive e trabalha em determinados territórios. Nesse sentido, uma das apostas do país para ofertar uma APS abrangente foi a definição da estratégia de Saúde da Família como forma prioritária de reorganização da APS.

Segundo Macinko e Mendonça (2018), a expansão da ESF no país facilitou a acessibilidade e a utilização de serviços de saúde pela população brasileira e para quem mais precisa – pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças. Com isso, pode-se afirmar que houve melhoria na equidade de acesso e na diminuição de desigualdades na saúde. Com o avanço das equipes de Saúde da Família, também foi possível observar reduções significativas na mortalidade infantil e na morbimortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária. Isto vem promovendo a eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias; além da expansão de tratamentos odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas. Comprova-se ainda a expansão da infraestrutura e o fomento à pesquisa sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil.

Ao longo dos anos, houve um aprimoramento das estratégias e das diretrizes voltadas para a organização da APS no Brasil, no sentido de torná-la abrangente (SUMAR; FAUSTO, 2014). Entre as estratégias, destacam-se as reformulações da política nacional de Atenção Básica e a criação de programas e incentivos financeiros que possibilitariam colocar em prática, e com mais força os atributos da APS.

Embora podemos observar avanços na implementação de uma APS abrangente no país, é importante ressaltar que a atualização da PNAB 2017 trouxe novas diretrizes que flexibilizam, mesmo que em caráter transitório, a estrutura e modelos de equipes, o que pode, a médio prazo, comprometer a continuidade de avanços da proposta de APS abrangente. A PNAB vigente reconhece várias formas de conformação de equipes para o desenvolvimento do trabalho na APS, como por exemplo: a equipe de Saúde da Família, a equipe de Atenção Básica e a estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), além da equipe de Saúde Bucal e as de atenção para populações específicas. Conforme disposto

na PNAB, a implantação da eACS nas UBS é uma possibilidade apenas para a reorganização inicial da Atenção Básica, devendo ser substituída, gradualmente, pela Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, a Saúde da Família é considerada, ainda, a principal estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2017).

As equipes de Saúde da Família devem ser compostas, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Na PNAB vigente, o número de ACS por equipe passa a ser definido com base em critérios populacionais, demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local (BRASIL, 2017). Nos termos da PNAB:

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017, p.4).

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, no qual indivíduos, famílias e grupos sociais representam o objeto de trabalho, e os saberes e métodos compõem os instrumentos que produzem a atenção em saúde (FONTANA, LACERDA, MACHADO, 2016).

Para alcançar o objetivo da integralidade a que se propõe, o processo de trabalho na ESF precisa incluir um conjunto de ações individuais e coletivas, desde a promoção à reabilitação da doença, buscando um olhar ampliado da situação de saúde da população e considerando seus determinantes e condicionantes (FONTANA, LACERDA, MACHADO, 2016).

A PNAB 2017 traz em seu escopo um item específico sobre o processo de trabalho na Atenção Básica, o qual deve seguir as seguintes características fundamentais (BRASIL, 2017, p. 27):

- Definição do território e territorialização: cada equipe deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade (vigilância em saúde e APS devem estar articuladas);
- Responsabilização sanitária: contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população;

- Porta de entrada preferencial: primeiro contato do usuário com a rede de atenção à saúde. Caso o usuário acesse a rede por outros serviços, o mesmo deve ser referenciado à APS para ser assegurada a continuidade do cuidado;
- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo: responsabilização entre a equipe e a população, facilitando a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe;
- Acesso: deve acolher todas as pessoas do seu território de referência sem diferenciações excludentes. Além disso, os serviços ofertados devem ser baseados nas necessidades da população, permitindo inclusive diferenciações de horário de atendimento;
- Acolhimento: deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos atos de receber e escutar as pessoas e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias do território, com especial atenção para as condições crônicas.
- Trabalho em equipe multiprofissional: presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano;
- Resolutividade: capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários;
- Promoção da atenção integral, contínua e organizada à população adscrita: estabelecendo articulação com toda rede de atenção à saúde. Para isso a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.
- Realização de ações de atenção domiciliar: destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.
- Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população: planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, envolvendo a participação popular;

- Implementação da promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde: estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis;
- Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos;
- Desenvolvimento de ações educativas, ações intersetoriais;
- Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão;
- Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município;
- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social;
- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB;
- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes.

É importante destacar que essas características apontam para uma formação de organização do trabalho das equipes na APS e também para os enfoques que devem ser dados às ações desenvolvidas, como por exemplo: um enfoque nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; no planejamento das ações da UBS com base nas necessidades de saúde da população de abrangência; na necessidade de fortalecer o controle social e a participação comunitária, etc. Para além das diretrizes dispostas pelo Ministério da Saúde para a organização da APS, há também as iniciativas de acompanhamento e monitoramento da capacidade de oferta de uma APS abrangente. A criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma dessas iniciativas, criado em 2011, com o objetivo de incentivar gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde, por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2011).

Araújo et.al (2017) afirmam que o PMAQ se propôs a induzir e avaliar papéis e ações da APS como parte das redes prioritárias. Sendo uma estratégia que sintetizou tanto a afirmação da atenção básica como a porta de entrada acolhedora e resolutiva para o conjunto das necessidades de saúde, quanto à criação de condições na garantia no cuidado integral à saúde. Na mesma linha, Oliveira et al., (2020) destacam que o programa fomentou ações necessárias para produzir um padrão de qualidade correspondente à avaliação, estimulando a gestão dos municípios e às equipes na realização de modificações

e na ampliação dos serviços ofertados à população. Essas mudanças deram destaque às equipes que fizeram adesão ao PMAQ-AB, no sentido de atingir padrões diferenciados de qualidade e, por consequência, melhorar a satisfação do usuário. (OLIVEIRA, et al., 2020). Embora o PMAQ contribuiu para melhorias significativas na infraestrutura e nos processos de trabalho das equipes da APS, o programa foi extinto em dezembro de 2019.

Outra iniciativa que influencia e/ou tensiona determinadas formas de organização dos processos de trabalho da APS é a própria política de financiamento das ações desenvolvidas nesses serviços. Nesse sentido, em novembro de 2019, foi criado o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da APS no SUS. Em linhas gerais, o programa substitui o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável pela capitação ponderada, o que significa dizer que o financiamento passa a ser feito considerando o número de pessoas cadastradas por cada equipe de Saúde da Família (eSF) e por equipe de Atenção Primária (eAP) e não um valor fixo/habitante como era feito anteriormente (PAB Fixo) ou um valor por implementação de equipes e programas (PAB variável). Conforme Massuda (2020) nos chama a atenção, a adoção da capitação como critério para financiamento da APS cria um condicionante para o repasse de recursos para a APS. Isso faz com que o financiamento da APS deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios.

Além da capitação ponderada, o Previne Brasil propõe o pagamento por desempenho, com base na definição de alguns indicadores. Sobre isso, Massuda (2020) também demonstra preocupação, devido ao risco de que os municípios concentrem atenção somente nos indicadores que estão sendo monitorados, podendo alterar e/ou reduzir o escopo de trabalho das equipes de APS.

É preciso considerar ainda as mudanças trazidas pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica. Morosini et al (2018), destacam que o documento da PNAB 2017 também pode-se desdobrar em mudanças na composição das equipes da APS e na forma de organização do trabalho. Entre as alterações dispostas na Política que podem influenciar neste contexto estão: a não obrigatoriedade de quantidade mínima de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Comunitário de Endemias (ACE) nas Estratégias de Saúde da Família e a inclusão de atribuições de cunho assistenciais para o ACS, intensificando um processo de descaracterização do trabalho de educação em saúde do agente.

No que se refere à integralidade da assistência, há que se lembrar também sobre o fim do recurso específico e de credenciamento de novas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017). Estas equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam prestando apoio e em parceria com os profissionais das ESF's, ampliando as ações, considerando os diversos aspectos e determinantes sociais no processo saúde doença e o indivíduo na sua integralidade (BRASIL, 2010).

As novas diretrizes da PNAB 2017 ainda permeiam a não priorização do formato de Estratégia de Saúde da Família, flexibilizando a conformação e fomentando outros modelos de equipes como as equipes básicas tradicionais e equipes de atenção primária. A justificativa para tal mudança seria as diferenças locais e a autonomia dos gestores municipais. No entanto, é preciso analisar a situação com cautela e preocupação, dado o risco de se relativizar a cobertura das equipes, dificultando o acesso e ainda o de reforçar o modelo biomédico, centrado no tratamento de doenças e não na prevenção de agravos e na promoção da saúde (MOROSINI, et al.,2018).

É neste contexto que o Projeto Saúde em Rede demonstra sua importância, pois desencadeia um processo de discussão e reflexão mais crítica da equipe sobre a forma como o trabalho na APS vem sendo desenvolvido. No Projeto, o cotidiano do trabalho se caracteriza como base pedagógica, valorizando-o como fonte de aprendizagem e de conhecimento. As mudanças na organização dos serviços e nas práticas desenvolvidas só são possíveis se o diálogo e a reflexão sobre o trabalho fizerem parte do cotidiano. Tal pressuposto é a base da Educação Permanente em Saúde (EPS), referencial teórico-metodológico do Projeto (ESP/MG, 2021).

### **3 O RELATO DA EXPERIÊNCIA: A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SAÚDE EM REDE NO MUNICÍPIO DE CLÁUDIO**

#### **3.1 Contextualização da organização dos serviços de saúde no município de Cláudio**

O município de Cláudio localiza-se a 143 km da capital Belo Horizonte na região Centro-Oeste (IBGE, 2020). Faz parte, segundo o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES/MG), da Macrorregião Oeste e da Microrregião de saúde de Divinópolis/Santo Antônio do Monte, que compreende um total de 13 municípios.

Cláudio possui uma população estimada, no ano de 2021, de 29.093 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/censo/2010). Sua extensão territorial é de 630.706 Km<sup>2</sup>. Apresenta 90.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 71.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 24.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2020).

Em relação à caracterização geral da população do município, a maioria está compreendida na faixa etária entre 20 e 39 anos de idade (31,4%), são auto-declarados brancos ou pardos (91,65%), do sexo feminino (50,72%), e possuem grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto seguido de ensino médio completo (E-SUS APS, 2021). Em relação às condições de saúde, o município possui 4.526 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), e 1.439 pessoas com Diabetes Mellitus cadastrados. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 há uma estimativa de que 20% da população de adultos maiores que 20 anos cadastrados nas unidades de saúde sejam hipertensos e 8,8% diabéticos (BARROSO et al., 2020). A população com mais de 20 anos cadastrada no município corresponde a 21.920 pessoas.

O sistema de saúde do município é constituído no momento por sete Estratégias de Saúde da Família (ESF), um Centro de Especialidades (Centro de Saúde Galba Veloso), um Centro de Atenção Psicossocial tipo I (CAPS), um Pronto Atendimento Municipal (PAM) e um hospital filantrópico. E a assistência que sobrepajar a capacidade de resolução destes serviços, tem resolutividade diante encaminhamento para serviços terceirizados (CISVI, Hospital São João de Deus) e/ou para outros municípios.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (2019) o município de Cláudio está com uma cobertura de Atenção Primária de 86,00%, considerando as 07 equipes de Saúde da Família implantadas que conta ainda com 10 Unidades Básicas de Apoio (UBS-Apoio) que estão localizadas em áreas rurais, distritos, áreas urbanas de difícil acesso ou que apresentem barreiras geográficas ao acesso da população residente à UBS sede. Possui 01 Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB) tipo I e 01 Polo da Academia da Saúde.

No entanto, após a instituição do Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), a forma de cálculo de cobertura de APS foi alterado devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa. O novo método de cálculo considera o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) financiadas pelo Ministério da Saúde (MS) em relação à população estimada pelo IBGE. E apesar do crescimento populacional e não ter sido aberta nenhuma nova unidade de saúde, a cobertura de Atenção Primária do município chegou a 100%, segundo relatório extraído da plataforma web: o e-Gestor AB (Atenção Básica). Este possui um módulo de acesso público, onde estão disponíveis relatórios públicos e também informações próprias para os gestores estaduais e municipais.

Na mesma plataforma, há um relatório que especifica a cobertura de Atenção Básica que consta 94,87%. A nota explicativa descreve que o indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do SUS. Já a Cobertura populacional estimada por Agentes Comunitários de Saúde do município é de 98,46% e o indicador de cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica atualmente é de 94,07% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Assim, é notório que as novas formas de cálculo destes indicadores modificam a visão e pode gerar confusões em relação à necessidade de implantação de mais equipes, principalmente no modelo de Estratégia de Saúde da Família.

### **3.2 Implementação do Projeto Saúde em Rede na unidade laboratório**

A unidade laboratório participante do Projeto Saúde em Rede possui uma população de abrangência de 3.543 pessoas, sendo 1.807 do sexo feminino e 1.736 do sexo masculino. Dessas 1715 se declaram brancas, 333 pretas, 11 amarelas e 1483 pardas. Dentre elas há 147 diabéticos e 516 hipertensos identificados e ainda 37 gestantes.

A equipe conta com um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e cinco agentes de combate a endemias (ACE). Porém, os ACE's da unidade laboratório não participaram das oficinas do Projeto Saúde em Rede, dado que irão participar no momento da expansão.

A implementação do Projeto na unidade iniciou no mês de junho de 2021 e finalizou em maio de 2022, abrangendo um período de 11 meses. Ao longo desses meses, foram desenvolvidas 17 oficinas tutoriais com a equipe da unidade laboratório. A seguir, faremos a descrição do desenvolvimento de cada uma das oficinas tutoriais, destacando os processos de trabalho modificados ao longo do processo formativo.

#### **3.2.1 Oficina tutorial 01: Conhecendo a proposta do Projeto Saúde em Rede e discutindo as bases do trabalho em equipe e colaborativo**

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 01 ocorreu no dia 29/06/2021, no período da manhã, com a duração de 04 horas e teve como objetivos: compreender o Projeto Saúde em Rede e a sua proposta pedagógica; discutir os conceitos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e de Educação Continuada (EC); analisar as características do trabalho em equipe no serviço de saúde e discutir estratégias/ações para fortalecer o trabalho em equipe e colaborativo; conhecer a proposta do plano de ação para monitoramento e implementação de mudanças nas práticas e na organização do serviço, no âmbito da UAPS e discutir e pactuar a realização da atividade de dispersão (ESP-MG, 2021).

A discussão da oficina suscitou a reflexão sobre a importância de se discutir sobre o dia a dia de trabalho e sobre os desafios vivenciados. Também foi possível realizarmos alguns alinhamentos junto à equipe, de modo a fortalecer o trabalho colaborativo, bem como o reconhecimento da importância do trabalho desenvolvido por cada profissional. A Oficina 01 propiciou a sensibilização da equipe sobre a importância da incorporação de

horário protegido para a discussão e a reorganização dos processos de trabalho e a definição de estratégias/iniciativas para fortalecer e reconhecer o trabalho da equipe.

Como desdobramento, criou-se uma agenda fixa para as reuniões de equipe, os quais passaram a ser realizadas mensalmente, às segundas-feiras da segunda semana de cada mês, no horário de 14h às 16h. A ideia era criar um espaço protegido na agenda para que a equipe pudesse conversar sobre as dificuldades ou algum processo de trabalho que precisasse ser revisto. O cronograma das reuniões de equipe foi divulgado junto à população, por meio de informes disponibilizados na recepção da UBS e impressos entregues nas vistas domiciliares, de modo que a população tivesse conhecimento sobre os horários em que a UBS estaria fechada.

É importante destacar as iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto da formação dos trabalhadores e na (re) organização dos processos de trabalho em saúde, as quais estão centradas no exercício cotidiano do trabalho, na articulação entre os diferentes atores e em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar (FERREIRA, et.al, 2019). A definição de um horário protegido para que a equipe discutir questões que envolvem o trabalho pode ser considerada uma iniciativa de EPS. Esse movimento da equipe foi importante, pois, com a finalização do Projeto Saúde em Rede, a agenda protegida mantém as discussões sobre o trabalho de forma mais permanente e ativa.

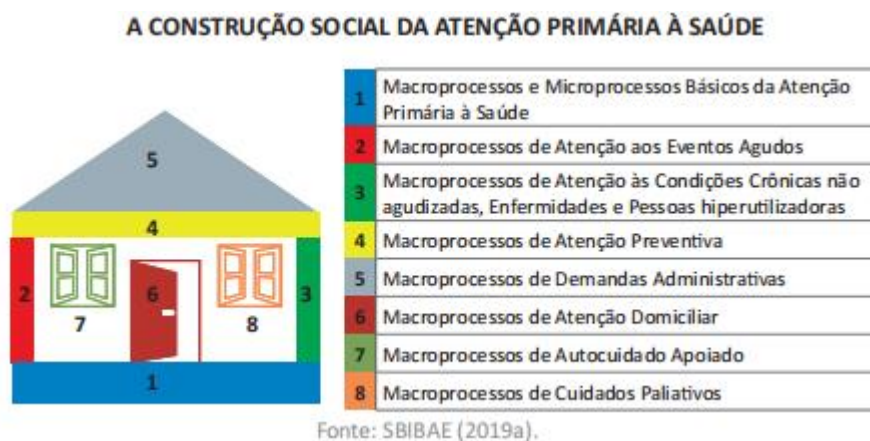
### 3.2.2 Oficina tutorial 02: Discutindo o modelo de construção social da Atenção Primária à Saúde e o colegiado gestor

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 02 ocorreu no dia 29/06/2021, no período da tarde, com a duração de 04 horas e teve como objetivos: conhecer o Modelo de Construção Social da Atenção Primária à Saúde como parte da reorganização da Rede de Atenção à Saúde; realizar o diagnóstico dos macroprocessos e dos microprocessos da APS; discutir e criar o Colegiado Gestor da unidade de saúde; discutir e pactuar a avaliação do microprocesso de vacinação (ESP-MG, 2021).

Diante de um diagnóstico de que a APS, geralmente, apresenta dificuldades para responder às diversas demandas de saúde dos usuários e das famílias que vivem no território adscrito das equipes, Eugênio Vilaça Mendes propôs o modelo da Construção Social da APS que propõe um agrupamento das demandas e uma (re)adequação em

macroprocessos e microprocessos que envolvem as ações ofertadas na unidade, de modo a atender às demandas (MENDES et al., 2019).

**Figura 1** - Metáfora da casa de Eugênio Vilaça Mendes



Em cada macroprocesso representado, pela metáfora da casa, há inúmeros processos que o integra. Estes processos estão presentes no cotidiano de trabalho das unidades e podem ser analisados e aprimorados pela equipe para ampliar a capacidade de atendimento às demandas da população do território em que atuam.

Ao longo da Oficina, definimos que o Colegiado Gestor da unidade laboratório seria composto por um profissional de cada categoria, ou seja: um ACS, o enfermeiro, um técnico de enfermagem, o cirurgião dentista, a Auxiliar de Saúde Bucal e o médico. A auxiliar de serviços gerais não teve interesse em participar. O colegiado gestor ficou responsável por discutir e realizar as atividades de dispersão propostas.

Cabe salientar que a conformação do Colegiado Gestor foi importante para a operacionalização do Projeto, pois, envolveu outros profissionais na discussão e na organização dos processos de trabalho, para além da enfermeira que coordena a equipe. Porém, ainda é incipiente a ideia de que todos devem participar da organização e da gestão dos serviços. É importante fomentar a participação ativa de todos.

### 3.2.3 Oficina tutorial 03: Discutindo o cobertura vacinal e os microprocessos de vacinação

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 03 ocorreu no dia 17/08/2021, no período da manhã, com a duração de 04 horas e teve como objetivos: discutir sobre o funcionamento e a organização da UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) no que se refere à vacinação; discutir os desafios para a efetivação da vacinação no âmbito da APS; conhecer e analisar dados de cobertura vacinal do município e da UAPS (ESP-MG, 2021).

As discussões propiciadas pela Oficina Tutorial sobre a cobertura vacinal e sobre os processos de trabalho que envolvem a vacinação na UBS se desdobraram, posteriormente, no desenvolvimento das seguintes:

- Fomento às orientações realizadas pelos ACS e demais profissionais em Visita Domiciliar (VD) aos usuários, quanto à importância da vacinação para a erradicação de doenças transmissíveis;
- Realização de busca ativa de cartão espelho, através de VD ou demanda espontânea, buscando atualizar o cartão espelho principalmente das crianças menores de 5 anos, e vacinar se necessário, de forma a manter em dia a situação vacinal;
- Elaboração de uma planilha de monitoramento vacinal contendo todos os dados dos usuários e as respectivas vacinas aplicadas;
- Discussão e atualização dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrões (POP) usados nas salas de vacinas: preparação da sala de vacina; triagem na sala de vacina; administração da vacina contra tuberculose (bcg) por via intradérmica; administração de imunobiológicos por via subcutânea (triviral, tetraviral e varicela, febre amarela); administração de imunobiológicos por via intramuscular (pentavalente, dpt, dT, hepatite a, hepatite B, vip, mmc, pn 10 e 23, influenza, hpv, dtpa); administração de imunobiológicos por via oral; limpeza da câmara de vacina; encerramento dos trabalhos na sala de vacina e limpeza da sala de vacina;
- Implantação do POP de *check list* com a lista de faltosos do SI-PNI. Foram incluídos alguns Procedimentos Operacionais Padrão (POP) no POP já implementado para a sala de vacina. O mesmo foi atualizado, acrescentando a lista de faltosos para vacinação, e traçada uma estratégia para busca ativa, nas visitas domiciliares, de crianças com vacinação atrasada retomando o uso de cartão espelho. Este mostrou-se como importante ferramenta na busca ativa de faltosos;

O uso do cartão espelho é extremamente importante, pois, os sistemas de informação muitas vezes não realizam integração atualizada dos dados; algumas informações se perdem; além de erros ou falta de registro das vacinações pelos profissionais. Como resultado, observou-se maior procura da população para vacinação e informações sobre o assunto. Em relação ao cartão espelho, a unidade passou a ter maior controle para busca ativa das crianças faltosas na vacinação;

- Incorporação de ações de educação em saúde, na sala de espera, abordando a vacinação.

Souza, Gandra e Chaves (2020) afirmam que a baixa cobertura vacinal é um desafio enfrentado pela saúde em todo país, embora tivemos resultados positivos na ampliação da cobertura de imunização por iniciativas de profissionais da saúde e gestores municipais e estaduais. Entre as estratégias mencionadas para a ampliação da cobertura vacinal, destacam: a ampliação do horário de funcionamento da sala de vacina, a verificação nos cartões de vacina de um público alvo e em cartão espelho, a conferência de cartões de vacina nas visitas domiciliares e a utilização de várias formas de comunicação para sensibilizar a população sobre a importância da imunização. As práticas de educação em saúde abordando a importância da vacinação e as consequências da não imunização também contribuem para a ampliação da cobertura vacinal, sensibilizando e estimulando ainda o autocuidado na população (SOUZA; GANDRA; CHAVES, 2020).

#### 3.2.4 Oficina tutorial 04: Discutindo sobre rede e trabalho em rede e estratégias de integração entre profissionais da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 04 ocorreu no dia 17/08/2021, no período da tarde, com a duração de 04 horas e teve como objetivos: discutir as compreensões sobre rede e trabalho em rede; identificar os pontos de atenção que compõem a rede de atenção à saúde do município e da microrregião e os espaços de cuidado existentes no território; identificar características da relação entre as equipes da APS e da AAE; construir coletivamente estratégias de integração entre profissionais da APS e da AAE (ESP-MG, 2021).

Conforme aponta Mendes (2011), pensar a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) exige que os serviços atuem de forma cooperativa, utilizando das diversas tecnologias e dispositivos ofertados pelo sistema, de forma coordenada e contínua.

Assim, é fundamental implementar estratégias de comunicação e de integração entre as equipes que atuam nos diferentes serviços de saúde.

As discussões realizadas pela equipe da UBS foram bastante produtivas e tiveram como desdobramentos:

- A criação do bilhete informativo para orientar os usuários sobre o agendamento de consultas no CEAE (Centro Estadual de Atenção Especializada) conforme figura 02:

**Figura 02** - Bilhete informativo elaborado pela UBS laboratório para informações aos usuários sobre consulta no CEAE



- O diagnóstico sobre a relação entre a UBS e o CEAE da região, bem como a proposição de ações para o fortalecimento do trabalho integrado entre os dois serviços.

Sobre a relação entre a equipe da UBS laboratório e o CEAE de referência, a equipe assinalou que nunca havia realizada contato pessoal com a equipe da AAE quando o usuário é encaminhado e que a equipe da AAE também nunca realiza comunicação

prévia com a equipe da APS quando o usuário retorna à APS, já que os agendamentos são realizados pelo setor de regulação da Secretaria Municipal de Saúde. Outro apontamento foi sobre os matriciamentos serem esporádicos e os últimos terem sido realizados de forma remota, por meio de plataformas digitais. Sobre os itens mais bem avaliados pela equipe da APS, destacam-se: o fornecimento pela equipe de informações escritas sobre a situação do usuário quando o encaminham para o serviço de AAE; o recebimento do plano de cuidados proposto pela AAE quando o usuário retorna, embora a equipe ressaltou que, em geral, possui poucas informações; o compartilhamento das mesmas diretrizes clínicas entre as equipes de ambos os serviços. Também se observou que, de forma geral, a equipe da APS confia no cuidado ofertado pela equipe da Atenção Ambulatorial Especializada e entende a importância do atendimento multiprofissional ofertado pelo serviço especializado; porém, avaliaram como negativo a rotatividade de alguns especialistas, o que traz prejuízos para o cuidado compartilhado.

Em relação às ações sugeridas pela equipe da APS para o fortalecimento do trabalho integrado entre as equipes da APS e da AAE, foram destacadas: a realização do matriciamento de forma presencial e mais frequente (trimestralmente) e com a participação de todos os profissionais das equipes e a melhoria da referência e contra referência com a elaboração de planos de cuidados e orientações mais detalhados. A equipe da APS também reconheceu a importância dos ACSs realizarem visitas domiciliares para orientar os usuários sobre a necessidade de levarem para a consulta com o serviço de AAE os documentos exigidos, bem como os exames já realizados; além da necessidade de que o usuário vá acompanhado de algum familiar e/ou cuidador.

Como resultados das discussões provocadas pela Oficina Tutorial 04, com o enfoque no trabalho em rede e nas estratégias de integração entre profissionais da APS e da AAE, observou-se um melhor entendimento sobre a importância do atendimento compartilhado entre ESF e CEAE; ampliação do conhecimento por todos da equipe da APS sobre o rol de serviços ofertados pelo CEAE; maior integração e comunicação entre a equipe da APS e do CEAE, com a reativação do grupo de Whatsapp entre os profissionais desses serviços para compartilhamento de informações sobre os usuários. Também já é possível perceber maior adesão dos usuários ao serviço especializado, ao passo que muitos se recusavam por questões relacionadas às distâncias/deslocamentos entre as cidades.

### 3.2.5 Oficina tutorial 05: Discutindo os papéis da APS e da AAE no âmbito da rede de atenção à saúde, com foco no cuidado materno-infantil

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 05 ocorreu no dia 28/09/2021, no período da manhã, com a duração de 04 horas e teve como objetivos: apresentar e discutir as compreensões da equipe da AAE sobre as características da relação com a equipe da APS e sobre as estratégias para fortalecer o trabalho integrado em rede; discutir os papéis da APS e da AAE no âmbito da rede de atenção à saúde, com foco no cuidado materno-infantil; discutir fluxos e critérios de compartilhamento do cuidado da gestante entre APS e AAE (ESP-MG, 2021).

Houve também a discussão sobre a estratificação de risco na gestação. Como resultados foi feito um planejamento para melhorar a identificação precoce de mulheres sob suspeita de gravidez, e a realização do acompanhamento de todas as gestantes na UAPS. Obteve-se maior compreensão da equipe em relação às atribuições da APS e da AAE na Saúde da Mulher na gestação, no parto e puerpério e pôde-se reforçar com a equipe sobre a importância do acompanhamento multiprofissional das gestantes, principalmente de alto risco. Ao longo das discussões, foi possível perceber uma maior compreensão da equipe sobre o trabalho desenvolvido pelo serviço especializado, no atendimento à gestante de alto risco, considerando o acompanhamento por múltiplas categorias profissionais e a oferta de exames especializados. A partir dessa discussão, a equipe pôde perceber a importância de todas as gestantes serem estratificadas quanto ao risco em todas as consultas de acompanhamento do pré-natal.

### 3.2.6 Oficina tutorial 06: Discutindo a importância do cadastramento familiar e a análise do território de atuação da equipe e a sua relação com o processo de saúde e doença da comunidade

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 06 ocorreu no dia 28/09/2021, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: analisar o território de atuação da equipe e sua relação com processo saúde e doença da comunidade; discutir a importância da territorialização para o trabalho das equipes de saúde no planejamento das ações locais; discutir a importância do cadastramento familiar e analisar como tem sido feito na UAPS; realizar levantamento e sistematização das informações das gestantes do território de abrangência (ESP-MG, 2021).

As discussões sobre o cadastramento das famílias e sobre a importância do mapeamento do território para o planejamento das ações de saúde, possibilitaram às equipes:

- Atualizarem o mapa inteligente da UBS, incluindo no mapa dados de usuários com hipertensão e/ou diabetes, crianças menores de 2 anos, acamados, etc.;

**Figura 03** - Mapa inteligente atualizado pela UBS laboratório



- Elaborarem o POP de cadastro individual adaptado à realidade do município;
- Desenvolverem um POP para facilitar o registro da visita domiciliar no sistema e-SUS-AB.

Estes dois documentos foram criados com o objetivo de ter um passo a passo do cadastro e lançamentos das visitas domiciliares no sistema de informação da Atenção

Básica e-SUS-AB. A demanda foi levantada pela equipe da unidade laboratório para minimizar erros nestes processos já que muitos ACS têm dificuldade no uso de computadores e tablets. Participaram da elaboração dos POP a equipe da secretaria de saúde do município responsável pelo apoio técnico às unidades básica de saúde em relação ao sistema e-SUS-AB e os próprios ACS da unidade laboratório. Em seguida, os POP propostos foram revisados pela coordenação da APS e demais equipes das equipes de Saúde da Família.

Assim, entre os desdobramentos da Oficina Tutorial 06, podem ser destacados: uma melhor identificação e visualização sobre os elementos que podem influenciar o processo saúde-doença dos indivíduos e comunidade, por meio da atualização do mapa inteligente e um alinhamento básico sobre o que se espera do processo de cadastramento familiar e das visitas domiciliares, por meio da criação e implementação dos respectivos POP.

A territorialização segundo Caires e Junior (2017) é o ponto de partida para o planejamento e vigilância à saúde, pois através dela é possível conhecer a situação da população considerando a relação entre as condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde. Portanto, é necessário coletar dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, político-culturais e sanitários e, devem ser organizados construindo um mapa básico e mapas temáticos do território.

Já o mapa inteligente é uma estratégia para planejamento, já que possibilita visualizar espacialmente o território adscrito da ESF e assim apreender suas particularidades e visualizar o diagnóstico situacional. O mesmo é capaz de informar mais do que o contexto geográfico, pois evidenciará informações que antes constavam ocultas (LACERDA et.al, 2016).

### 3.2.7 Oficina tutorial 07: Discutindo a classificação de risco familiar e as visitas domiciliares (VD)

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 07 ocorreu no dia 27/10/2021, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: compreender e realizar a classificação de risco familiar; discutir como têm sido realizadas as visitas domiciliares; discutir forma de organização dos prontuários das famílias (ESP-MG, 2021).

Dessa forma, foi atualizado a estratificação de risco das famílias por microárea pelos ACS's utilizando o "Roteiro para classificação das famílias por grau de risco"<sup>1</sup> do Programa Saúde em Casa, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Esta atualização foi realizada durante quatro meses consecutivos e casos específicos foram discutidos nas reuniões de equipe.

A classificação de risco familiar de Coelho e Savassi considera como sentinelas de risco as seguintes situações: acamado, deficiência física, deficiência mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, indivíduo menor de seis meses de idade, indivíduo maior de 70 anos de idade, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, relação morador/ cômodo maior que 1, relação morador/ cômodo igual a 1 e relação morador/ cômodo menor que 1. Já o roteiro para classificação das famílias por grau de risco adotado pelo programa Saúde em Casa, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, considera como sentinelas de risco: alfabetização do chefe da família, renda familiar, abastecimento de água, crianças com situações de risco, adolescentes de alto risco, adultos com risco cardiovascular alto ou muito alto, adultos com risco para Diabetes, adultos com alto risco para tuberculose, adulto com alto risco para Hanseníase, adultos com risco grave para saúde mental, gestantes de alto risco, idoso com alto risco / idoso frágil e outras condições ou patologias definidas como prioritárias pela equipe de saúde.

A equipe optou pela utilização deste roteiro pois o mesmo já era utilizado anteriormente, além de abranger uma variedade maior de situações de risco quando se comparada à classificação de risco familiar proposto por Coelho e Savassi. Com base no exposto, após a atualização do risco familiar de todas as famílias, foi possível priorizar as famílias que necessitam de maior frequência de VDs, e aquelas que necessitam de um plano de cuidado familiar, programando ações que sejam mais efetivas levando em conta os determinantes sociais de saúde.

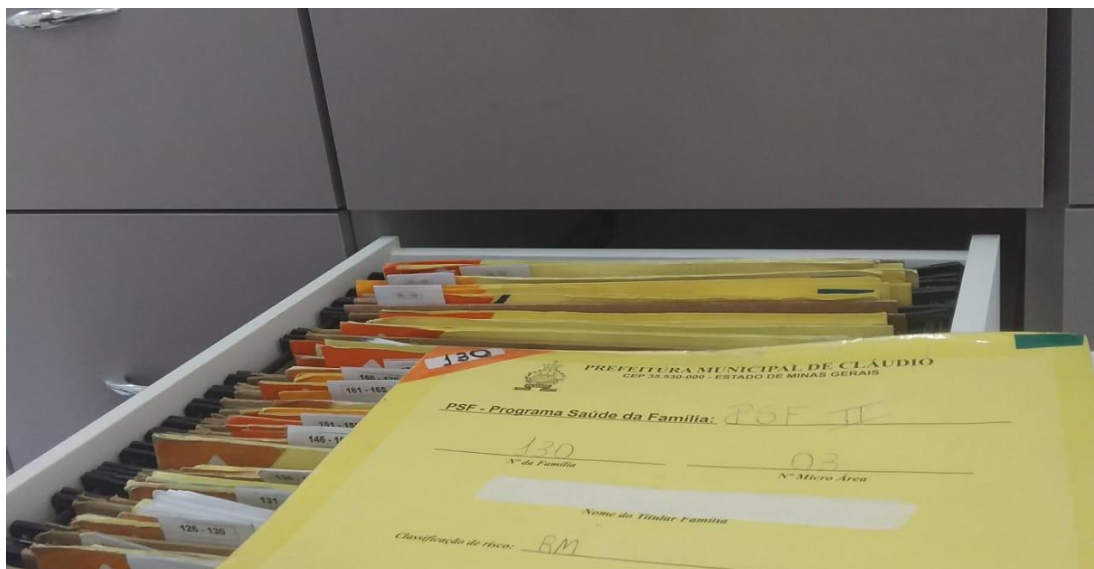
O projeto suscitou a importância de realizar a revisão completa dos cadastros das famílias da área de abrangência e revisar os prontuários físicos. Na unidade, os prontuários são organizados por microárea e, em cada micro, por ordem numérica. São sinalizados com cores para identificação de famílias de risco e dos usuários com condições ou patologias

---

<sup>1</sup> O roteiro está disponível no website: <https://www.saude.mg.gov.br/>

mais graves. Foi importante entender a necessidade de revisitar os prontuários e de realizar a atualização da classificação de risco familiar.

**Figura 04** - Foto da organização do arquivo de prontuário por família na UBS laboratório



### 3.2.8 Oficina tutorial 08: Discutindo os mapas inteligentes, a distribuição de microáreas dos ACS e o balanço de atendimentos semanal

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 08 ocorreu no dia 27/10/2021, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: apresentar e discutir os mapas inteligentes construídos pelos ACS; analisar e discutir a distribuição de áreas/microáreas entre os profissionais da equipe; analisar os caminhos percorridos e as mudanças em curso decorrentes da implementação do Projeto Saúde em Rede (ESP-MG, 2021).

No primeiro momento, realizamos a apresentação dos mapas inteligentes atualizados por cada ACS. Assim, cada um dos ACS apresentou seu território de atuação, com destaque para a população de crianças, de gestantes, de hipertensos, de diabéticos, acamados e de usuários que estão sob o acompanhamento conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Também foi compartilhado com a equipe a quantidade de famílias e de usuários sob responsabilidade dos agentes. Este momento foi fundamental para que todos da equipe pudessem conhecer a realidade do trabalho dos ACS e entenderem a importância da atuação desses profissionais. Em seguida, discutimos a distribuição da população por microárea, sendo possível observar, no quadro 01, certa

distribuição equânime entre as áreas, com exceção da microárea 04, a qual apresenta um número bem menor de quantitativo de famílias e indivíduos a serem acompanhadas. Esse dado é importante, pois, em geral, as pessoas que vivem em áreas rurais estão distribuídas de forma mais dispersa, sendo necessário grandes deslocamentos do ACS de uma casa à outra. Além disso, a agente responsável pela área percorre uma distância de cerca de 10 km até o ponto de apoio na comunidade rural para então realizar as visitas.

**Tabela 01** – Distribuição do quantitativo populacional das microáreas da UBS laboratório

<b>Microárea</b>	<b>Quantidade de famílias</b>	<b>Quantidade de indivíduos</b>
Micro 01	170	528
Micro 02	200	717
Micro 03	180	611
Micro 04 (área rural)	90	257
Micro 05	200	718
Micro 06	190	712
Total	1030	3543

Conforme descrito na PNAB 2017, o número máximo por ACS é de de 750 pessoas e em áreas dispersas territorialmente, de risco e vulnerabilidade social, a recomendação é que a cobertura seja de 100% da população. Porém, a portaria não define o número máximo de ACS por equipe, deixando a cargo da avaliação local, o que pode acarretar em áreas descobertas. No entanto, neste momento, a equipe está completa e com distribuição de indivíduos por ACS de acordo com o preconizado (BRASIL, 2017).

Na Oficina 08 também foi um momento de realizarmos a avaliação das contribuições do Projeto Saúde em Rede, considerando que estávamos na metade do Projeto. Na ocasião, a equipe trouxe relatos positivos sobre a implantação do Projeto, com contribuições para a organização dos processos de trabalho na ESF. Segundo relato de alguns dos profissionais participantes da oficina, o Projeto Saúde em Rede trouxe uma reflexão mais sistemática sobre a importância da reorganização dos processos de trabalho, sobretudo da imunização e dos processos que envolvem a linha de cuidado materno infantil. Também destacaram a melhoria da busca ativa de pacientes, o acompanhamento da população como um todo e maior articulação e engajamento da equipe.

Durante essa oficina foi discutido também sobre a melhora na adesão das gestantes nas consultas odontológicas na ESF, pois estas mostraram-se faltosas de forma excessiva, e foi proposto e implementado diante dessa situação, que as consultas odontológicas fossem agendadas junto às demais consultas de pré-natal com o médico e o enfermeiro, de forma a estimular o atendimento multidisciplinar e reduzir o absenteísmo.

### 3.2.9 Oficina tutorial 09: Discutindo sobre fatores relacionados a barreiras de acesso à saúde existentes para populações minoritárias

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 09 ocorreu no dia 24/11/2021, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: analisar e discutir fatores relacionados ao acesso às ações ofertadas pela UAPS, na perspectiva da equipe de saúde; compreender e discutir barreiras de acesso à saúde existentes para populações minoritárias e discutir aspectos relacionados ao acesso à saúde, na perspectiva dos usuários (ESP-MG, 2021).

Começamos a Oficina Tutorial 09 apresentando os resultados obtidos das entrevistas realizadas com os usuários da UBS para avaliação do acesso. 33 usuários foram entrevistados, sendo nove do sexo masculino e 24 do sexo feminino. Em relação às avaliações dos usuários 21 (64%) consideraram que chegar até a UBS é fácil e 12 (36%), consideraram razoável. 15 (45%) consideraram que o espaço físico da unidade é adequado para pessoas com deficiência (visual, intelectual e física) ou pessoas com mobilidade reduzida e 18 (54,5%) consideraram parcialmente adequado. 26 (78,7%) usuários se sentem acolhidos no espaço físico da unidade e 07 se sentem parcialmente acolhidos. Em relação à adequação da sala de espera para crianças, adultos e idosos, 25 (75,7%) disseram que é confortável e acolhedora, mas 6 (18%) a consideraram parcialmente confortável e 2 (6%) disseram que a sala de espera não é confortável nem acolhedora.

Em relação à clareza das informações disponíveis para o usuário na UBS, 22 (66,6%) consideraram que as informações disponíveis nos cartazes afixados nas paredes são úteis para ele; 09 (27%) consideraram que são parcialmente úteis e 02 (6%) não consideram as informações úteis. No que se refere às informações sobre como se deslocar dentro da unidade, quase a totalidade dos usuários (28) as consideram claras e localizadas de forma visível e, 05 (15%) as consideram parcialmente claras.

Em relação ao acesso dos usuários à marcação de consulta, 17 (51%) relata ter conseguido a consulta de imediato; 7(21%) no mesmo dia; 6 (18%) em uma semana e 02(6%) em um mês. 1 usuário não respondeu. Em relação à forma de agendamento, a maioria dos usuários (60%) informou ter realizado na própria UBS; 10 (30%) realizaram por telefone e 03 (9%) pela internet (whatsapp). Em relação à forma de marcação das consultas, 12 (36%) relata estar muito satisfeito, 20 (60%) satisfeito e 1(3%) insatisfeito. Quanto à pergunta se o usuário foi atendido pelo profissional que gostaria, naquele dia: 29 (87,8%) responderam que sim e 4 (12%) que não.

Sobre a forma de marcação de consulta com especialistas, 5 (15%) usuários informaram que estão muito satisfeitos; 11 (33%) satisfeitos; 11 (33%) insatisfeito e 6 (18%) relataram que ficaram muito insatisfeitos. Os dados apontam a necessidade de se conhecer melhor os fatores que tem determinado a insatisfação dos usuários com o agendamento de consultas com especialistas, de forma a se pensar estratégias para minimizar a insatisfação. Já em relação à espera por mais de 30 minutos antes de ser atendido por um profissional de saúde na unidade, 8 (24%) responderam que nunca aguardaram este tempo; 23(69,6%) disseram que algumas vezes aguardaram por mais de 30 minutos e 2 (6%) disseram que quase sempre. Ao perguntar se perdem seu dia de trabalho quando vão consultar na UBS, a maioria 60% respondeu que isso nunca aconteceu; 13 (39%) usuários responderam que algumas vezes perderam seu dia de trabalho. Sobre a disponibilidade de medicamentos que necessitam, 24 (72,7%) usuários responderam que, no último mês, não havia no serviço todos os medicamentos de que precisavam; 8 (24%) assinalaram que algumas vezes faltava algum medicamento de que necessitavam e 1 (3%) avaliou que quase sempre havia os medicamentos de que necessitava.

Em relação ao atendimento dos profissionais de saúde da UBS: 1 (3%) respondeu que os profissionais nunca dão tempo suficiente para explicar bem as preocupações e tirar as dúvidas; 9 (27%) usuários avaliaram que algumas vezes o tempo é suficiente e 23 (69,6%) disseram que o tempo dedicado pelos profissionais é quase sempre suficiente. Ainda sobre este tema 24 (72,7%) relataram que quase sempre os profissionais de saúde compreendem bem as suas perguntas; 8 (24%) relataram que algumas vezes e 1(3%) relatou que os profissionais nunca compreendem suas perguntas. Em relação à clareza das respostas dos profissionais de saúde às perguntas dos usuários: a maioria deles 26 (78,7%) relataram que quase sempre respondem de forma clara; 6(18%) afirmaram que algumas vezes e 1(3%) usuário afirmou que os profissionais nunca respondem de forma clara às

questões. Sobre as rotinas de funcionamento da unidade de saúde, 26 (78,7%) relataram que quase sempre recebem estas orientações, 6 (18%) algumas vezes e 1(3%) nunca.

Ao perguntar se diante de um problema de saúde, o usuário ou membro da família procura a unidade 26 (78,7%) relataram que quase sempre e 7(21%) algumas vezes. Sendo que, de forma geral, 15 (45,5%) relataram-se muito satisfeitos com o trabalho desenvolvido pelos profissionais da UBS, 15 (45,5%) satisfeitos, 2 (6%) insatisfeitos e 1(3%) muito insatisfeito.

Ao consolidar o questionário, percebemos a necessidade de reorganizar a forma de marcação de consultas, já que 51% dos usuários relatam atendimento imediato reforçando novamente a grande procura por demanda espontânea. Sobre a marcação dos especialistas, nas discussões na oficina, a equipe apontou que a baixa satisfação deve se dar pela demora no agendamento, tanto no CEAE como no centro de especialidades do município e em outros pontos de assistência especializada que são referência para a microregião de saúde. Outro fator é a distância geográfica e necessidade de dispêndio de tempo para atendimento no CEAE. Neste sentido, apontaram que uma melhor articulação com a AAE e orientações aos usuários ajudariam neste processo.

Já na questão de perder o dia de trabalho para realizar uma consulta, a equipe atribui ao vínculo de trabalho, na medida em que muitas empresas não permitem a entrada do funcionário após um horário determinado, sendo necessário receber atestado médico para justificar a ausência no trabalho no dia da consulta. Em relação à disponibilidade de medicamentos, no município em questão, a dispensação é realizada de forma centralizada.

No geral, o grau de satisfação dos usuários foi de 91% entre satisfeitos e muito satisfeitos, mas espera-se que com as reuniões de educação permanente e análise dos processos de trabalho seja possível melhorar o atendimento e a qualidade dos serviços prestados.

Ainda sobre a temática do acesso dos usuários aos serviços de saúde, sobretudo, à UBS, nesta Oficina Tutorial foram discutidos entre os profissionais da equipe os possíveis fatores relacionados a barreiras de acesso à saúde de populações minoritárias.

Como desdobramento das discussões provocadas por essa oficina, foi realizado o planejamento de uma ação de educação continuada com enfoque nas necessidades de saúde de populações vulnerabilizadas, em especial, a população LGBTQIA+, com o intuito de melhorar o acesso à saúde dessas pessoas e ampliar o conhecimento da equipe de saúde sobre possíveis necessidades específicas. Tal ação foi planejada inicialmente junto a uma

funcionária de uma unidade de saúde do município, uma mulher trans e que também integra o Comitê Técnico Municipal de Políticas de Promoção da Equidade. A ação de educação continuada ainda não ocorreu, mas a proposta é que seja discutido junto aos profissionais de saúde aspectos sobre o cuidado à saúde da população LGBTQIA+ e sobre o preconceito e estigmas que a população LGBTQIA+ enfrenta. Será abordado ainda, sobre o direito do nome social e cuidados que muitas vezes são negados nas unidades. O Comitê está organizando a ação junto à equipe de saúde da unidade laboratório e demais ESF's para outubro de 2022.

Outra questão encaminhada foi a organização da agenda dos profissionais com horário estendido no ponto de apoio na área rural, com o intuito de ampliar o atendimento à população rural que vive na área de abrangência da UBS. O ponto de apoio localiza-se na comunidade de São Bento, há dez quilômetros da área urbana. Possui 90 famílias residentes, sendo 257 indivíduos cadastrados sob responsabilidade de uma ACS que desloca todos os dias com uma motocicleta fornecida pela Prefeitura Municipal para realização das vistas domiciliares. Às terças e quintas-feiras, no período da tarde, uma técnica de enfermagem realiza atendimentos no ponto de apoio e, às quartas-feiras, os atendimentos são realizados pelo médico e pela enfermeira. Importante ressaltar que o horário de atendimento médico no ponto de apoio foi ampliado até às 18 horas para atender a população trabalhadora desta região.

### 3.2.10 Oficina tutorial 10: Discutindo a demanda de ações e serviços e a ambiência na UAPS

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 10 ocorreu no dia 24/11/2021, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: analisar e discutir a ambiência na UAPS; analisar características da utilização de serviços na UAPS; analisar a demanda de ações e serviços na UAPS (ESP-MG, 2021).

Uma das primeiras atividades que realizamos na Oficina Tutorial 10, foi a discussão sobre a ambiência de nossa unidade laboratório. Para tanto, fizemos um “passeio” na unidade para que pudéssemos discutir as percepções de cada um sobre o espaço físico. Notou-se que a unidade é arejada, possui boa acessibilidade, todas as salas estão bem identificadas, as paredes estão limpas e possuem cor clara. No entanto, também foi observado um excesso de cartazes informativos e a falta de consultórios na estrutura

física da UAPS para realização de atendimentos por outras categorias profissionais, como a equipe do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) e os acadêmicos do curso de medicina. Embora a equipe identifique essa necessidade, o tamanho da UBS não permite a criação de outros consultórios, sendo necessário manter revezamento da utilização das salas existentes pelos profissionais. Após as discussões sobre o espaço físico, realizamos adequações no espaço da recepção para melhor acolher o usuário, mantendo somente informativos importantes, de forma didática e com cores “calmas”, proporcionando um ambiente mais aconchegante.

Sobre o perfil de demandas dos usuários, utilizamos a matriz para análise do balanço do atendimento semanal com registro das principais demandas, em um período de duas semanas seguidas. As demandas dos usuários eram categorizadas pela recepcionista da unidade, com base nos seguintes perfis: demanda espontânea com queixa aguda (107), demanda espontânea com queixa não aguda (74), consulta agendada com médico para condições crônicas (66), consulta agendada com enfermeiro para condições crônicas (62), outra consulta agendada para o médico ou enfermeiro (50), atendimento com equipe de saúde bucal (32), atendimento individual NASF-AB (0); vacinação (39), curativo (46), administração de medicamentos (25), aferição de PA e dados vitais (105), coleta de exames (22), renovação de receita (93), resultado de exames (55), marcação de consultas e exames especializados (27), dispensação/entrega de medicamentos (27), participação em grupos (37) e demanda por informações (21). Os atendimentos dos profissionais da equipe NASF-AB não foram contabilizados, pois as agendas estavam em posse dos profissionais para consolidação de relatórios.

Nota-se que nas duas semanas, houve uma quantidade significativamente maior de atendimento de usuários com alguma condição aguda e que não havia agendado consulta previamente (107). Destaca-se que as semanas de registros foram realizadas em momento de pandemia da Covid 19 em que as pessoas buscavam a unidade de saúde em casos de extrema necessidade. Nesse sentido, não seria possível dizer exatamente se o perfil de atendimento dos usuários dessa unidade é, regularmente, por condições agudas. No entanto, um estudo de Chávez, Rennó, Viegas, (2020) aponta que o atendimento à demanda espontânea é maior quando comparado à programada, confirmando que é frequente esta situação. O mesmo estudo evidencia que o usuário, por desconhecer a organização do serviço, os pressupostos da ESF e das atribuições da equipe, irá procurar pelo meio de

acesso mais rápido e fácil, de modo a atender sua necessidade de saúde em demanda espontânea.

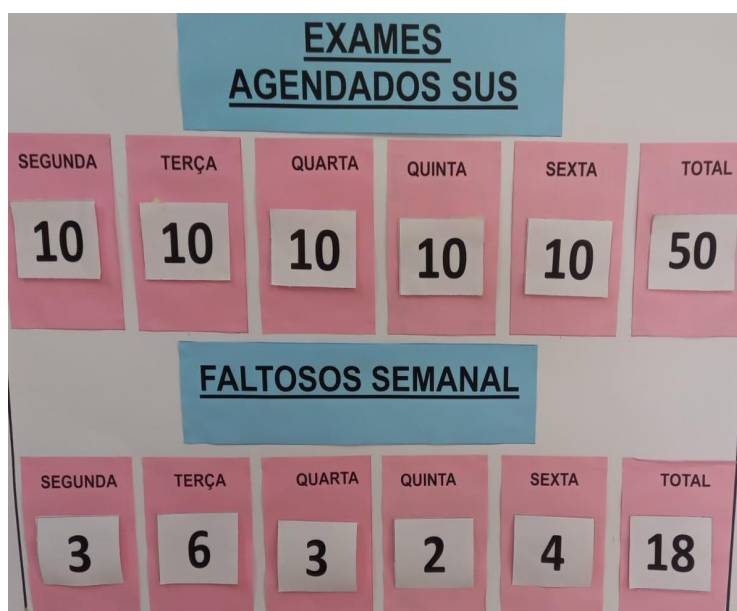
Na oficina do projeto, iniciou-se a discussão sobre a importância de se realizar o acolhimento de forma sistematizada e realizar a programação das ações e das consultas médicas. Até então, nos atendimentos à demanda espontânea não se utilizava uma ferramenta de classificação de risco. Entendemos que essa é uma estratégia que permitirá uma melhor organização dos fluxos de atendimento à esta demanda.

Outro ponto que chama atenção, embora em menor número, é a demanda espontânea por queixas não aguda (74). Também foi possível observar a grande procura pelos usuários para a renovação de receitas (93) e aferição de PA e dados vitais (105). Em relação à renovação de receita de medicamentos psicotrópicos, conforme consta no protocolo de dispensação, os mesmos são entregues na farmácia municipal a cada dois meses. Assim, o usuário passa por consulta médica a cada quatro meses e neste intervalo é feita apenas a renovação da prescrição. Já na demanda de aferição de PA e dados vitais constante na matriz para análise do balanço do atendimento semanal sugerida pelo Projeto foram somadas todas as medições de peso, altura, temperatura, glicemia capilar e pressão arterial, tanto de pacientes que solicitaram quanto os que passam por esta avaliação antes das consultas do médico e enfermeiro ou de outro profissional.

Em relação à análise de serviços ofertados, a equipe identificou a necessidade de realizar orientações aos usuários, nas visitas domiciliares e sala de espera, sobre alguns pontos específicos, entre eles: horários de funcionamento da sala de vacina; sobre o protocolo de dispensação de medicamentos e sobre a importância do lançamento dos serviços realizados na unidade nos sistemas de informações, o que algumas vezes, acaba provocando demora de alguns atendimentos. Em relação ao protocolo de dispensação de medicamentos, a equipe achou pertinente orientar que a entrega dos mesmos é feita na farmácia centralizada e considerando a quantidade requerida para um período de dois meses. Também foi informado que as receitas são aceitas apenas com nome genérico do medicamento, conforme a legislação que rege a assistência farmacêutica e que alguns medicamentos podem ser prescritos ou mantidos pelo enfermeiro conforme protocolo validado no Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (COREN-MG) (PEREIRA et al., 2011), assim como, sobre quais medicamentos podem ser administrados na ESF. Isto se deve aos questionamentos que são, muitas vezes, por falta de informações.

Como atividade de dispersão, foram realizados: o cálculo da taxa de absenteísmo e o tempo de espera para o terceiro agendamento disponível para consulta programada. A taxa de absenteísmo foi considerável: 25% para as consultas médicas; 27% para as consultas de enfermagem. Para as consultas com o dentista, a taxa foi de 32%, sendo que desse percentual, 20% foram agendamentos de gestantes. Com os resultados, disponibilizamos para a população o relatório de faltas, demonstrando a importância de comparecer às consultas agendadas, e de avisar quando não houver essa possibilidade para que possamos realocar outra pessoa na vaga disponível.

**Figura 05** - Relatório de faltas nos atendimentos e exames agendados na semana na UBS laboratório



3.2.11 Oficina tutorial 11: Discutindo a oferta de ações e serviços e o cuidado a pessoas que buscam a UAPS frequentemente

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 11 ocorreu no dia 23/12/2021, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: analisar o sistema de agendamento da UAPS; analisar e discutir o cuidado a pessoas que buscam a UAPS frequentemente; analisar a oferta de ações e serviços da UAPS (ESP-MG, 2021).

Na Oficina, discutimos sobre o sistema de agendamentos da UAPS, com o intuito de melhorar o acesso dos usuários aos serviços disponibilizados e diminuir o tempo de espera do usuário para a consulta programada e/ou para o atendimento na demanda espontânea. Em geral, a UBS laboratório reserva oito vagas no período da manhã para o atendimento à demanda espontânea. No entanto, em meio à pandemia da Covid 19, tem-se reservado todo o período da manhã para o atendimento à essa demanda. Apenas casos não agudos que não foi possível atendimento naquele dia, são agendados para a primeira vaga disponível.

Em relação às consultas agendadas, na unidade, são feitos por horário, de 20 em 20 minutos. No entanto, durante a oficina, discutiu-se sobre a possibilidade de se implantar o agendamento por bloco de horas. Desta forma, três usuários seriam agendados para serem atendimentos em um período de uma hora e dentro desse período, eles seriam atendidos por ordem de chegada. O agendamento por bloco de horas tem sido usado para reduzir as faltas e o tempo de espera dos usuários.

Com a análise do tempo de espera do terceiro agendamento foi possível avaliar a organização dos agendamentos e do cuidado prestado, e percebeu-se que não há demora nos agendamentos na unidade, pois o tempo médio de espera do usuário para conseguir a consulta médica e ou odontológica foi de 2 (dois) dias. Essa ferramenta será utilizada também em outros momentos, pois esse tempo de espera pode oscilar a depender da demanda de atendimentos e outras questões, como ausência de profissionais por licença de saúde, surtos endêmicos, dentre outros. Porém, ficou acordado a disponibilização de maior número de vagas para agendamento de consulta médica.

Foi realizada análise e discussão sobre o uso frequente de serviços da UAPs por alguns usuários, entendendo as necessidades específicas de cada caso, e assim definiu-se que é necessário criar novas estratégias de cuidado adequadas à realidade de cada indivíduo. A equipe compartilhou da ideia de que em alguns casos pode-se convidar esses usuários para participarem de grupos operativos, realizar atendimentos com a equipe multiprofissional e/ou fomentar a participação deles em atividades sociais como, por exemplo: clube de leitura, atividades religiosas, entre outros espaços de convívio e interação social.

Em relação à análise das ações e procedimentos ofertados pela e na UBS laboratório, foi realizada a apresentação para os profissionais da Carteira de Serviços da APS, proposta pelo Ministério da Saúde, com o intuito de analisar o que é ofertado e

também de ampliar o escopo de ações desenvolvidas. No entanto, ao lermos e analisarmos as ações e procedimentos preconizados, observamos que a UBS realiza a maioria deles. As poucas ações identificadas como não sendo realizadas na e pela UBS foram: utilização de ferramentas de abordagem e orientação familiar para o estudo da família e de sua relação com as condições de saúde dos indivíduos (genograma, apgar familiar, avaliação do ciclo de vida familiar, ecomapa, etc) e o procedimento de lavagem retal, devido à indisponibilidade de capacitação técnica e de materiais necessários.

Como atividade de dispersão, foi realizado o mapa de fluxos e Ciclo de tempo de atendimento, e através disso foi possível otimizar o tempo de atendimento dos usuários, identificando alguns gargalos. Durante a oficina também foi definida a criação de um caderno de protocolo de receitas solicitadas e assinadas, para ter controle das receitas entregues aos usuários.

### 3.2.12 Oficina tutorial 12: Dando continuidade à análise da oferta de ações e serviços na UAPS e discutindo os processos de trabalho relacionados à recepção

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 12 ocorreu no dia 23/12/2021, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: dar continuidade à análise da oferta de ações e serviços na UAPS e discutir estratégias de apresentação da carteira de serviços à comunidade; analisar e redesenhar fluxos assistenciais da UAPS; analisar e reorganizar os processos de trabalho relacionados à recepção da UAPS (ESP-MG, 2021).

Com a realização da oficina, foi possível analisar os processos da recepção da unidade, como escala de atendimentos e escuta inicial, realinhar fluxos, e reorganizar os processos para otimizar o acolhimento e a resposta/resolução das demandas apresentadas pelos usuários. Como produto da oficina foi criado um “caderno de ata”, para que as pessoas que trabalham na recepção da UBS possam anotar as demandas que não foram solucionadas naquele momento. Esse registro é fundamental, pois, embora a UBS conte com uma atendente que trabalha 40 horas semanais, há escala de revezamento entre os agentes comunitários de saúde para cobrir o horário de almoço, após as 16 horas e o horário estendido. Nesse sentido, cada um dos profissionais podem acompanhar o que precisa ser encaminhado, registrar recados, encaminhar processos de solicitação de receitas e finalizar os processos ainda pendentes do dia.

Ainda sobre o tema das ações ofertadas pela UBS, na unidade há disponível a Carteira de serviços completa para consulta. Para facilitar, disponibilizamos uma versão resumida para os usuários. A equipe achou importante divulgar de forma sucinta os serviços ofertados, pois muitos usuários buscam o Pronto Atendimento Municipal e/ ou setores para procedimentos que são realizados na ESF.

Outra questão discutida foi sobre a importância do registro nos sistemas de informação de todos os procedimentos realizados, durante o atendimento, mesmo que demande mais tempo, pois estes são de suma importância para acompanhamento, e ainda resguardam a atuação profissional. Ainda nesta Oficina, foi pactuado que realizaríamos o balanço de atendimento semanal na ESF, de forma contínua, para identificar as principais demandas de saúde e otimizar a organização das agendas.

### 3.2.13 Oficina tutorial 13: Compreendendo características das condições agudas e crônicas e o atendimento a eventos agudos na APS

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 13 ocorreu no dia 08/03/2022, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: compreender as características das condições agudas e as suas diferenças em relação às condições crônicas; discutir o atendimento a eventos agudos na APS; analisar e discutir situações de acolhimento à demanda espontânea e a adoção do Protocolo de Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na APS.

Após discussão na oficina sobre a necessidade de organizar a atenção à saúde de usuários com condições agudas, realizamos a implementação do Protocolo de Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na UBS, com o ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco), para análise de gravidade e gradação de risco das necessidades clínicas, possibilitando operacionalizar os fluxos de atendimento cotidianos, priorizando condições clínicas mais urgentes e promovendo uma resposta mais qualificada da equipe à demanda espontânea. Foi implantado o Fluxograma para o atendimento da demanda espontânea, preconizado pelo Projeto Saúde em Rede, melhorando a organização deste processo de trabalho na equipe de APS. Também utilizamos as salas de espera para informar aos usuários da unidade sobre o processo de classificação por grau de risco e, nos grupos operativos, informamos e tiramos dúvidas

sobre como se daria o processo de acolhimento na unidade, orientando os usuários sobre as demandas que poderiam ser atendidas pela equipe multiprofissional, e, não somente pelo médico da unidade.

Além disso, nessa oficina foi discutido sobre a regulação via SAMU dos pacientes que necessitem de transferências devido situações de urgência, e definiu-se a realização do registro no prontuário quanto ao transporte sanitário, quando pertinente. Se o paciente precisar ser transportado para demais serviços da rede (urgência, CAPS, outros), deve-se realizar o registro no prontuário físico e/ou eletrônico do paciente sobre a solicitação e o tempo de espera do transporte (SAMU, resgate, ambulância, etc.).

#### 3.2.14. Oficina tutorial 14: Discutindo o modelo de atenção às condições crônicas

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 14 ocorreu no dia 08/03/2022, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: discutir o cuidado aos usuários com condições crônicas na APS; discutir o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); compreender a importância da estratificação de risco para a organização do cuidado aos usuários com condições crônicas; analisar e discutir o desenvolvimento de práticas educativas para o cuidado aos usuários com condições crônicas.

Mendes (2018) define condições crônicas como:

Condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente que exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade. Condições crônicas, portanto, não são o mesmo que doenças crônicas não transmissíveis. Todas as doenças crônicas são condições crônicas, contudo há outras condições crônicas como: os fatores de risco individuais biopsicológicos; as doenças transmissíveis de curso longo como HIV/AIDS, hanseníase e certas hepatites virais; as condições maternas e perinatais; a manutenção da saúde por ciclos de vida como puericultura, hebicultura e senicultura; as enfermidades (illnesses), os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes (MENDES, 2018, p. 432).

Para além da compreensão sobre as características que distinguem as condições crônicas e as condições agudas, a oficina abordou a necessidade de realização de estratificação de risco dos usuários das linhas de cuidado do Projeto Saúde em Rede. Ou seja, dos usuários com hipertensão e/ou diabetes; das gestantes e das crianças.

Segundo o Caderno de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde (2014), estratificar significa agrupar, segundo uma ordem, um critério e, estratificar, em doenças crônicas, significa reconhecer que as pessoas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, assim, têm necessidades diferentes.

Já a nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada (2019), a estratificação de risco gestacional busca identificar os fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, doenças crônicas e agudas presentes, história reprodutiva e contexto familiar e social para direcionar as ações preventivas e de cuidado para a proteção da mulher e da criança. O outro ponto é o conhecimento da complexidade clínica e social da gestação possibilitando a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando a uma gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual.

Portanto, é preciso identificar os riscos de cada indivíduo, que podem ser considerados como leve, moderado ou alto, segundo classificações diversas. Já que as pessoas têm diferentes necessidades, que variam conforme seu risco, a estratificação é um instrumento para identificar quais grupos de indivíduos irão se beneficiar mais ou menos de uma ação ou outra em saúde. Os hipertensos com baixo e médio risco cardiovascular, por exemplo, podem se beneficiar mais de ações de promoção, de prevenção e de autocuidado apoiado do que hipertensos de alto risco cardiovascular, que necessitam de mais cuidados clínicos e intervenções individuais. Conhecer os riscos de cada usuário ajuda as equipes de ESF a adequar as ações, tanto individuais como coletivas, conforme as necessidades da população adscrita, além de utilizar melhor os recursos do serviço (BRASIL, 2014).

Na UBS laboratório, a equipe já realizava a estratificação de risco de todas as gestantes, a cada consulta, como preconizado. Já em relação aos usuários com hipertensão e diabetes diagnosticados mais recentemente, não estavam estratificados por grau de risco. Além disso, identificou-se também a necessidade de atualizar a estratificação de risco daqueles usuários que faziam acompanhamento na UBS a mais tempo. Após a oficina, todos os hipertensos e diabéticos identificados foram estratificados quanto ao risco ou atualizadas as estratificações. Como resultado, obteve-se a melhora da organização de respostas às demandas desses usuários, prevenindo possíveis agudizações. Registra-se

também que a UAPS possui treze pacientes com DPOC e/ou Enfisema e três com insuficiência renal, os quais estão em acompanhamento contínuo pela equipe.

Outra abordagem discutida para o cuidado às condições crônicas foi a educação em saúde. Na unidade eram realizados grupos de hipertensos e diabéticos juntamente com a equipe NASF-AB e também grupo de gestantes. Eram trabalhados vários assuntos, incluindo o autocuidado e práticas integrativas e complementares como auriculoterapia e dança circular. Porém, estas ações foram suspensas no período da pandemia e, até o momento, ainda não retornaram.

Após a oficina e a discussão da temática de educação em saúde, retomamos as práticas educativas com os usuários portadores de condições crônicas (exemplo: DM, HAS, gestante). Inspirados nas discussões sobre as possibilidades de abordagens, buscamos realizar as ações de forma lúdica, com a construção conjunta de saberes e uma participação mais ativa dos usuários. Utilizou-se a técnica: "Questiona, ouve, problematiza, e produz conhecimento". Como resultado, obteve-se melhora na adesão às atividades propostas pela unidade, além de maior conhecimento quanto ao processo saúde-doença. Estas ações são conduzidas pela equipe da ESF e os profissionais do NASF-AB de forma escalonada e de acordo com as demandas/questões e necessidades trazidas pelos usuários.

#### 3.2.15 Oficina tutorial 15: Discutindo sobre a programação local

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 15 ocorreu no dia 12/04/2022, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: discutir sobre a importância da realização da programação local; conhecer um instrumento de apoio à realização da programação local; exercitar o preenchimento da planilha de programação local.

Após a oficina a planilha de programação local foi preenchida com os dados da unidade, e a mesma mostrou-se norteadora, em relação às condições de saúde e fatores intrínsecos da população, e auxiliará no planejamento das ações de saúde.

#### 3.2.16 Oficina tutorial 16: Discutindo o cuidado à gestante e o cuidado compartilhado

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 16 ocorreu no dia 12/04/2022, no período da tarde com a duração de 04 horas e teve como objetivos: refletir sobre o acolhimento da gestante na APS; discutir aspectos do cuidado à gestante de alto risco; discutir a importância da atenção à saúde bucal no cuidado à gestante; discutir as potencialidades da educação em saúde para o cuidado à saúde da gestante; discutir a programação local do cuidado à saúde das gestantes do território.

A oficina trouxe a reflexão da importância do pré-natal compartilhado entre o CEAE e APS, e o acolhimento e cuidado à gestante de risco habitual e de alto risco. Foi feito combinados com a equipe de saúde bucal para o atendimento compartilhado com a enfermagem e/ou médico e atendimento no mesmo dia da consulta mensal. Além de fomentar a importância dos grupos de gestantes, com a equipe multiprofissional com assuntos diversos, de forma dinâmica e abrangente, levando em conta os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) de cada uma.

### 3.2.17 Oficina tutorial 17: Conhecendo o perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes mellitus (DM)

O desenvolvimento da Oficina Tutorial 17 ocorreu no dia 26/04/2022, no período da manhã com a duração de 04 horas e teve como objetivos: conhecer aspectos do perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) no Brasil; conhecer os diferentes tipos de diabetes e suas formas de registro no e-SUS APS; compreender e discutir fatores que influenciam e/ou determinam o desenvolvimento da HAS/DM; discutir aspectos relacionados com a organização do cuidado ofertado na UAPS aos usuários com HAS/DM; discutir aspectos do cuidado compartilhado entre AAE e APS de usuários com HAS/DM.

Durante a oficina foi apresentado os critérios de encaminhamento de Hipertensos e Diabéticos ao CEAE, discutido sobre o cuidado compartilhado entre APS e AAE e pré-agendada uma reunião de matriciamento presencial para setembro deste ano. Foi pactuado que a ficha de encaminhamento será melhor preenchida e que será realizado contato com a referência do CEAE quando necessário. A equipe resgatou os conhecimentos sobre os diferentes tipos de DM e os fatores que influenciam ou determinam o desenvolvimento de HAS e DM, e por meio disso otimizado os atendimentos considerando os DSS no cuidado

de cada usuário com doença crônica, de forma a fornecer um cuidado integral com a equipe multiprofissional.

Além disso, definiu-se estratégias para aferição da Pressão Arterial (PA) em todos os momentos na ESF, de todos os usuários, tanto na demanda espontânea e programada, de forma a realizar uma triagem/busca-ativa. Realizou-se momentos de educação em saúde em salas de espera sobre Hipertensão e Diabetes com objetivo de melhorar a adesão aos usuários ao serviço e melhor conhecimento das condições de saúde, e dos fatores que são determinantes para tais.

A unidade laboratório acompanha hoje, um total de 147 usuários com diabetes e 516 com HAS, o que representa cerca de 4,1% dos usuários cadastrados na UBS e 14,5%, respectivamente. Estas porcentagens estão muito distantes do estimado pela Pesquisa Nacional de Saúde. A mesma é um inquérito de saúde nacional, de base domiciliar, realizada através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo a última divulgação do ano de 2019. De acordo com esses dados, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de diabetes mellitus em Minas Gerais foi de 8,0%, e de hipertensão arterial foi de 27,7%. Assim, discutimos possíveis estratégias para identificação dos indivíduos hipertensos e diabéticos que ainda não são acompanhados pela equipe, tais como: campanhas informativas estas doenças nas redes sociais, ações na praça próxima à UBS em alguns sábados para aferição da pressão arterial e orientações, além das ações educativas pelo ACS's nas visitas domiciliares. Porém até o momento, não houve mudança significativa de pacientes identificados.

#### **4 SÍNTESE DOS DESDOBRAMENTOS DO PROJETO NA UBS LABORATÓRIO E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Projeto Saúde em Rede foi significativo para retomar a discussão e promover mudanças em processos de trabalho essenciais para o cuidado à saúde da população. Sabemos que as formas pelos quais o serviço é organizado impacta diretamente na qualidade do cuidado ofertado e também no grau de resolutividade do serviço. Também é sabido o quanto os processos de educação permanente em saúde são fundamentais para promover essas mudanças. Embora o Projeto tenha iniciado em um momento difícil, em meio à pandemia de COVID-19, o que fez com que os profissionais se envolvessem menos

do que em outras iniciativas ofertadas, ao final das oficinas, todos entenderam e reconheceram a importância de refletirmos sobre os processos de trabalho, sobre o fazer do dia a dia, de planejar ações e melhorar a comunicação com os outros serviços, principalmente com a AAE, a qual compartilha o acompanhamento de alguns pacientes com a UBS.

No quadro abaixo, é possível observar os inúmeros desdobramentos obtidos na unidade laboratório, decorrentes da implementação do Projeto.

Oficinas	Temas abordados	Desdobramentos na unidade laboratório
Oficina 01	A proposta do Projeto Saúde em Rede; Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde; Trabalho em equipe e trabalho colaborativo;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incorporação de horário protegido na UBS: agenda fixa para as reuniões de equipe, os quais passaram a ser realizadas mensalmente.</li> <li>✓ Definição de estratégias para fortalecer e reconhecer o trabalho da equipe.</li> </ul>
Oficina 02	Modelo da Construção Social da Atenção Primária à Saúde; Diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde (avaliação de macro e microprocessos); Colegiado gestor;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do Colegiado Gestor da unidade laboratório, composto por um profissional de cada categoria;</li> </ul>
Oficina 03	Vacinação; Cobertura vacinal;	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomento às orientações realizadas aos usuários, durante a Visita Domiciliar, quanto à importância da vacinação;</li> <li>✓ Realização de busca ativa de cartão espelho, com vistas a atualizar o cartão de vacinação, sobretudo de crianças menores de 05 anos;</li> <li>✓ Elaboração de planilha de monitoramento vacinal contendo todos os dados dos usuários e as respectivas vacinas aplicadas;</li> <li>✓ Discussão e atualização de Procedimentos Operacionais Padrões (POP) usados nas salas de vacinas;</li> <li>✓ Implantação do POP de <i>check list</i> com a lista de faltosos do SI-PNI.</li> <li>✓ Incorporação de ações de educação em saúde, na sala de espera, abordando a vacinação.</li> </ul>
Oficina 04	Rede de Atenção à Saúde; Trabalho em Rede; Relação entre equipes da APS e da AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do bilhete informativo para orientar os usuários sobre o agendamento de consultas no CEAE;</li> <li>✓ Melhor entendimento sobre a importância do atendimento compartilhado entre APS e CEAE, bem como sobre os serviços</li> </ul>

		<p>ofertados pelo serviço ambulatorial especializado;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diagnóstico sobre a relação entre a UBS e o CEAE da região, bem como a proposição de ações para o fortalecimento do trabalho integrado entre os dois serviços;</li> <li>✓ Maior integração e comunicação entre a equipe da APS e do CEAE, com a reativação do grupo de Whatsapp entre os profissionais desses serviços para compartilhamento de informações sobre os usuários.</li> </ul>
Oficina 05	<p>Papeis da AAE e APS no âmbito da rede de atenção à saúde, com foco no cuidado materno-infantil;</p> <p>Critérios de compartilhamento do cuidado da gestante entre APS e AAE;</p> <p>Estratificação de risco na gestação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planejamento para melhorar a identificação precoce de mulheres sob suspeita de gravidez, e a realização do acompanhamento de todas as gestantes na UAPS;</li> <li>✓ Maior compreensão da equipe em relação às atribuições da APS e da AAE na Saúde da Mulher na gestação, no parto e puerpério e pôde-se reforçar com a equipe sobre a importância do acompanhamento multiprofissional das gestantes, principalmente de alto risco;</li> <li>✓ Maior compreensão da equipe sobre o trabalho desenvolvido pelo serviço especializado, no atendimento à gestante de alto risco, considerando o acompanhamento por múltiplas categorias profissionais e a oferta de exames especializados.</li> </ul>
Oficina 06	<p>Análise do território e sua relação com processo saúde e doença da comunidade;</p> <p>Territorialização;</p> <p>Cadastramento familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atualização do mapa inteligente da UBS;</li> <li>✓ Elaboração do POP de cadastro individual, adaptado à realidade do município;</li> </ul>
Oficina 07	<p>Classificação de risco familiar;</p> <p>Visita domiciliar;</p> <p>Organização dos prontuários;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atualização da estratificação de risco das famílias por microárea;</li> <li>✓ Desenvolvimento de POP para facilitar o registro da visita domiciliar no sistema e-SUS-AB;</li> </ul>
Oficina 08	<p>Apresentação e discussão dos mapas inteligentes;</p> <p>Análise e discussão sobre a distribuição de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maior conhecimento pela equipe sobre o trabalho e as microáreas de atuação de cada ACS;</li> </ul>

	microáreas entre os ACS; Avaliação do Projeto Saúde em Rede;	✓ Conhecimento pela equipe sobre o quantitativo de famílias e indivíduos sob acompanhamento de cada ACS;
Oficina 09	Análise e discussão sobre os fatores relacionados ao acesso às ações ofertadas pela UAPS; Barreiras de acesso às populações minoritárias;	✓ Melhor organização da agenda, recepção e acolhimento para melhor acesso dos usuários na unidade, inclusive de populações vulnerabilizadas; ✓ organização da agenda dos profissionais com horário estendido no ponto de apoio na área rural; ✓ planejamento de uma ação informativa no tema LGBTQIA+;
Oficina 10	Análise da ambiência da unidade; Caracterização das demandas; Discussão dos indicadores: taxa de absenteísmo e tempo de espera para o terceiro agendamento disponível para consulta programada;	✓ Adequações no espaço da recepção para melhor acolher o usuário; ✓ Orientações aos usuários, nas visitas domiciliares e sala de espera, sobre o funcionamento da unidade; ✓ Divulgação para a população do relatório com quantitativo de faltas da semana anterior;
Oficina 11	Análise do sistema de agendamento; Discussão sobre o uso frequente dos serviços por alguns usuários; Análise da oferta de ações e serviços; Mapa de fluxos e ciclo de tempo do atendimento;	✓ Implantação do agendamento por bloco de horas ✓ Disponibilização de maior número de vagas para agendamento de consulta médica; ✓ Criação de um caderno de protocolo de receitas solicitadas e assinadas;
Oficina 12	Discussão de estratégias de apresentação da carteira de serviços à comunidade; gestão dos fluxos assistenciais: um enfoque para melhoria do acesso; análise do mapa de fluxos e reorganização dos processos da recepção;	✓ Avaliação dos processos da recepção e criação de um caderno de ata; ✓ Disponibilização na recepção de um quadro resumo da carteira de serviços para os usuários; ✓ Implantação do balanço de atendimentos semanal na ESF rotineiramente;
Oficina 13	Discussão sobre as características das condições agudas e suas diferenças em relação às condições crônicas; o atendimento a eventos agudos na APS; acolhimento à demanda espontânea (acolhimento com classificação de risco - ACCR) e a adoção do	✓ Implementação do Protocolo de Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na UBS, com o ACCR (Acolhimento com Classificação de Risco) e Fluxograma para o atendimento da demanda espontânea; ✓ Implementação do registro no prontuário físico e/ou eletrônico do

	Protocolo de Classificação Geral dos casos de demanda espontânea na APS;	paciente sobre a solicitação e o tempo de espera do transporte (SAMU, resgate, ambulância, etc.);
Oficina 14	O cuidado aos usuários com condições crônicas na APS; Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC); Estratificação de risco e a organização do cuidado aos usuários com condições crônicas; Práticas educativas para o cuidado aos usuários com condições crônicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estratificação de risco de todos os hipertensos e diabéticos identificados e atualização das estratificações realizadas a mais de um ano;</li> <li>✓ Retomada dos grupos de educação em saúde com hipertensos e diabéticos e também com gestantes;</li> </ul>
Oficina 15	Programação local; utilização da planilha de programação local e análise da planilha; acompanhamento do plano de ação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planejamento das ações de saúde através da planilha de programação local;</li> </ul>
Oficina 16	Acolhimento e programação local das gestantes na APS; aspectos do cuidado à gestante de alto risco; atenção à saúde bucal na gestação e educação à saúde para o cuidado à saúde da gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Implantação do atendimento compartilhado da equipe de saúde bucal com a enfermagem e/ou médico no mesmo dia da consulta mensal;</li> <li>✓ Reforço ao cuidado compartilhado com a AAE;</li> </ul>
Oficina 17	Perfil epidemiológico da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) no Brasil; tipos de diabetes e formas de registro no sistema de informação e-SUS APS; fatores que influenciam e/ou determinam o desenvolvimento da HAS e do DM; organização do cuidado ofertado na unidade aos usuários com HAS e DM e aspectos do cuidado compartilhado entre APS e AAE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Encaminhamento responsável e comunicação mais efetiva ao AAE em relação ao paciente hipertenso e diabético;</li> <li>✓ Busca ativa de hipertensos e diabéticos não identificados;</li> </ul>

Frente aos resultados, as outras equipes de Estratégia de Saúde da Família do município estão ansiosas para iniciarem o projeto. A expansão já está planejada e espera-se maior envolvimento e ainda mais avanços no que tange às melhorias nos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde do município de Cláudio.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Átila Chagas de; FREITAS, Flávia Rachel Nogueira de Negreiros; ARAÚJO, Raquel Vilanova; BATISTA, Marta Maria da Silva Lira. Qualidade dos serviços na Estratégia Saúde da Família sob interferência do PMAQ – AB: Análise reflexiva. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v. 11, n. 2, p. 712-717, 2017.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arq Bras Cardiol**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **E-Gestor Atenção Básica**. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastr o.xhtml>>. Acesso em: 24 mar 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.

BRASIL, IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2019**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pesquisa/47/48940?localidade1=311660>>. Acesso em: 9 set 2022.

BRASIL, IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/claudio.html>>. Acesso em: 09 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM de nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 09 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM de nº 1.654 de 19 de julho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html)>. Acesso em: 09 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 152 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM de nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 09 set 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **E-SUS APS**. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Disponível em: <https://claudio.esusweb.com.br/>. Acesso em: 10 out 2022.

CAIRES, Elon Saúde; SANTOS JÚNIOR, Paulo Jonas dos. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1174-1177, 2017.

CHÁVEZ, Giannina Marcela; RENNÓ, Heloiza Maria Siqueira; VIEGAS, Selma Maria Da Fonseca. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, e300320, 2020.

FERREIRA, Lorena; BARBOSA, Júlia Saraiva de Almeida; ESPOSTI, Carolina Dutra Degli; CRUZ, Marly Marques da. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019.

FONTANA, Karine Cardoso; LACERDA, Josimari Telino de; MACHADO, Patrícia Maria de Oliveira. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

LACERDA, Josimari Telino de; BOTELHO, Lúcio José; COLUSSI, Cláudia Flemming. **Planejamento na Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, 2012. 64 p. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1167>. Acesso em: 19 set 2022.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 18-37, 2018.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2020, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. E. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. 2 ed. Brasília: CONASS, 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; AQUINO, Rosana. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431-435, 2018.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **Projeto Saúde em Rede: guia das oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): volume I**. Escola de Saúde Pública do

Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2021. 123 p.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **Projeto Saúde em Rede: guia das oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): volume II**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2021. 160 p.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **Suplemento do Guia das Oficinas Tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESP-MG, 2021. 46 p.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, pp. 11-24, 2018.

OLIVEIRA Isabel Cristine; WEILLER, Teresinha Heck; SODER, Rafael Marcelo; SANTOS, José Luís Guedes; PEITER, Caroline Cechinel. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção básica: visão de enfermeiros. **Cogitare enferm**, v. 25, e62846, 2020.

PEREIRA, Viviane Valadares et al. **Protocolo de Assistência de Enfermagem na rede pública do Sistema Único de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Cláudio**. Cláudio, Minas Gerais, 2011.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima; SMIDERLE, Clarice de Azevedo Sarmet Loureiro. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, 2021.

SBIBAE, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. **Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Programa Saúde em Casa. **Roteiro para a Classificação das Famílias por grau de risco**. Disponível em: <[https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=2941](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=2941)>. Acesso em: 24 mar 2022.

SOUZA, Priscilla Azevedo; GANDRA, Beatriz; CHAVES, Ana Cláudia Cardozo. Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, v. 2, n. 3, p. 267-271, 2020.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, MárciaCristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.