

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUANA BÁRBARA MATTOS MACHADO**

**PERCEPÇÕES DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE DURANTE SUA  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Lauro de Freitas, BA

2019

**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LUANA BÁRBARA MATTOS MACHADO**

**PERCEPÇÕES DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE DURANTE SUA  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado por Luana Bárbara Mattos Machado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-BA) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Teresa Paula Galvão Vieira da Costa

Lauro de Freitas, BA

2019

## RESUMO

A especialização no formato de residência é uma oportunidade para vivenciar o SUS de uma forma diferenciada, pois permite que o residente amplie seu olhar e internalize questões fundamentais para consolidação do sistema de saúde. Este trabalho consiste em um memorial de natureza descritiva e possui como objetivo central descrever minhas experiências e expressar minhas reflexões ao longo da minha Especialização em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família FESF/Fiocruz, no município de Lauro de Freitas. Foram abordados temas relacionados à Atenção Primária à Saúde, tendo como centrais: Territorialização, Acolhimento com Classificação de Risco, Análise de Situação em Saúde e Planejamento em Saúde. Como resultado final, ressalto o potencial desses temas, considerando-os como pontos centrais para reorganização do sistema de saúde de forma a torná-lo mais voltado às necessidades da população, superando a lógica da assistência à saúde centrada na doença, principalmente neste momento no qual a Política Nacional de Atenção Básica sofreu modificações reconhecendo outras conformações na estrutura da Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The specialization in the residency format is an opportunity to experience the SUS in a differentiated way, as it allows the resident to broaden their view and internalize the fundamental questions for the consolidation of the health system. This work has been a memorial of this practice and centralizes in my experiences and my reflections along my Specialization in Family's Health by FESF/ Fiocruz, in the municipality of Lauro de Freitas, addressing the topics related to the attention as Territorialization Assessment, Reception with Risk Classification, Situation Analysis in Health and Health Planning. As a final result, I highlight the potential of these themes, considering them as main points for the reorganization of the health system in order to make it more focused on the needs of the population, surpassing the logic of health care centered on the disease, especially at this moment in the which the National Primary Care Policy underwent modifications recognizing other conformations in the structure of Primary Health Care.

## ÍNDICE

1. Apresentação: O porquê e como cheguei até aqui.....	4
2. Territorialização: Conhecendo Lauro de Freitas e a área de abrangência da Unidade São Judas Tadeu.....	6
3. A construção do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco na USF São Judas Tadeu.....	10
4. Análise de Situação de Saúde e Planejamento em Saúde: Percepções do segundo ano de residência.....	15
5. Considerações Finais.....	22
6. Referências.....	23

## 1. APRESENTAÇÃO: O PORQUÊ E COMO CHEGUEI ATÉ AQUI

Este trabalho consiste em um memorial de natureza descritiva e possui como objetivo central descrever minhas experiências e expressar minhas reflexões ao longo da minha formação como residente em Saúde da Família no período entre março de 2017 a fevereiro de 2019. Estructurei a escrita a partir de temas relacionados à Atenção Primária à Saúde (APS), adotando como centrais da análise: Territorialização, Acolhimento com Classificação de Risco, Análise de Situação em Saúde e Planejamento em Saúde.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família é organizado pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e conta com vários campos de prática. Em 2017, o Programa, que anteriormente possuía apenas Camaçari como campo de prática, passou por um processo de expansão, adicionando os municípios Lauro de Freitas e Dias D'Ávila ao escopo dos locais de atuação. Esse processo possibilitou a convivência de forma direta, ou não, com um grande número de preceptores, apoiadores e residentes das mais diversas graduações da saúde (enfermagem, medicina, nutrição, psicologia, fisioterapia, medicina e educação física), histórias e filosofias de vida.

Minha vivência se desenrolou em Lauro de Freitas, o qual, a meu ver, foi, sem sombra de dúvidas, o campo de maior tensionamento. No entanto, julgo necessário, antes de iniciar o relato da minha trajetória na Residência, trazer de forma sucinta algumas vivências e percepções prévias.

Nasci em 1991, na cidade de Salvador – Bahia, onde passei boa parte da minha vida. Estive em Lauro de Freitas poucas vezes e em verdade sempre considerei esta cidade como uns dos pontos de passagem para casa de alguns familiares, portanto não possuía praticamente nenhum conhecimento prévio sobre a infraestrutura e as características culturais da região. Aos 19 anos, comecei a cursar enfermagem na Faculdade Dom Pedro II, cujo foco de formação concentra-se na área hospitalar, a qual, durante boa parte da minha graduação, me parecia a mais lógica seguir, considerando a influência dos meus professores, colegas e a pressão do mercado de trabalho na época.

Minha primeira experiência na área de Saúde Pública aconteceu antes dos estágios curriculares de Saúde Coletiva na Vigilância em Saúde da cidade Simões Filho, um município próximo a capital. Uma colega me convidou para participar de uma campanha de Poliomielite, a fim de acompanhar todo o processo de organização, desde a distribuição dos kits de vacinação com os membros da equipe de vigilância em saúde até a consolidação dos dados pela mesma. Foi a primeira vez que comecei realmente a me envolver com a

área e, posteriormente, já durante os últimos semestres da graduação, voltava uma a duas vezes durante a semana, de forma voluntária, a fim de acompanhar algumas das rotinas de funcionamento da Central Municipal da Rede de Frios<sup>1</sup> e dos atendimentos e investigações da vigilância epidemiológica. Esta situação perdurou por cerca de um ano. No entanto, apesar desta ter sido uma experiência primorosa do ponto de vista técnico, foi um pouco decepcionante, visto que essa foi minha primeira experiência fora do “ambiente protegido” dos estágios curriculares. A falta de compromisso e descaso de alguns profissionais, bem como os tensionamentos micropolíticos criaram certa “desilusão” no que diz respeito a organização do processo de trabalho e resolutividade do serviço público. Era muito comum encontrar situações em que o profissional optava por decisões em benefício próprio em detrimento do interesse público ou da lógica de funcionamento do Sistema Único de Saúde, fato que impactava no produto final oferecido à população.

Após o término na faculdade, atuei como enfermeira em um hospital filantrópico, em Salvador, onde intercalava entre uma enfermagem de clínica médica e outra de pacientes crônicos. Foi uma etapa de muito aprendizado, inclusive de aprimoramento do meu conhecimento em estomoterapia<sup>2</sup>, que posteriormente me viriam a ser muito úteis no primeiro ano da Residência. Em contrapartida, este também foi um momento em que algumas incertezas quanto à minha afinidade com o ambiente hospitalar afloraram. Apesar de compreender a lógica dos atendimentos de nível terciário, incomodava-me com a alta rotatividade dos pacientes dos setores de clínica médica, tanto pela dificuldade da construção do vínculo, quanto pela impossibilidade da compreensão da sua história de vida. Percebi que preferia passar mais tempo dando orientações sobre formas de prevenir novas internações e aumentar a autonomia do sujeito e seus familiares do que com as outras tarefas e procedimentos de rotina.

Desta forma, voltei a olhar para a área de saúde pública. Decidi pela especialização no formato de residência por considerar que a formação em campo prático, aliada a uma carga horária mais extensa que as modalidades tradicionais, forneceria maior suporte durante os desafios futuros da minha trajetória profissional. Assim, vi na Estratégia de Saúde da Família (ESF) um bom campo para exercitar minha preferência pelas atividades preventivas, apesar de ainda possuir uma impressão negativa quanto à forma que as relações de poder e modelos de atenção tendem a se estabelecer neste contexto.

---

1 Instância responsável pelo processo de armazenamento, conservação, manipulação, distribuição e transporte dos imunobiológicos do Programa Nacional de Imunizações em nível municipal (BRASIL, 2017).

2 Especialidade exclusiva do enfermeiro, voltada para o cuidado de pessoas com estomias, feridas agudas e crônicas, fístulas, drenos, cateteres e incontinências anal e urinária.

## 2. TERRITORIALIZAÇÃO: CONHECENDO LAURO DE FREITAS E ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE SÃO JUDAS TADEU

Minha primeira aproximação com Lauro de Freitas, como campo de prática, aconteceu durante um encontro no Instituto Gonçalo Moniz, sede da Fiocruz no estado da Bahia, momento em que fui apresentada às preceptoras do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), de enfermagem e de medicina. Estas duas últimas, além de funcionárias do município, eram membros da única equipe existente na Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu (USF SJT), unidade na qual passaríamos nosso primeiro ano. Sendo assim, elas conduziram uma apresentação sobre as características da unidade, da equipe, bem como do seu território de abrangência e população adscrita.

A USF SJT está situada no loteamento Pérola Negra, no bairro de Itinga, bairro que concentra mais de 50% da população laurofreitense (LAURO DE FREITAS, 2017). Naquela época, a sede antiga, um domicílio alugado e inadequadamente adaptado para as necessidades de uma USF, havia sido inativada e os funcionários transferidos para um espaço recém construído e planejado para o atendimento ao público segundo as normas de infraestrutura de UBSs do Ministério da Saúde. No entanto, o atendimento à população estava suspenso devido à ausência de algumas condições estruturais básicas, como luz elétrica e água, e de pessoal, pois com a mudança de gestão e inativação do serviço, todos os profissionais foram dispensados.

A possibilidade de uma instalação maior e conseqüentemente com capacidade para um maior número de equipes, resultou na ampliação e replanejamento do território. Originalmente, a área de abrangência era composta por sete microáreas, correspondendo a uma população de mais de 3.500 habitantes, com 100% de cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Com a chegada da Residência, seriam implantadas mais quatro equipes, cada uma com uma população aproximada de 2.000 habitantes, seguindo o recorte populacional recomendado pelo projeto político pedagógico da Residência. Para isso, seria necessária a redistribuição dos agentes antigos (que foram divididos em duas equipes) e a transferência de três agentes da USF Israel Moreira (com suas respectivas microáreas), além da alocação de dois agentes sem microárea de forma aleatória para cadastramento de uma região, até então, totalmente descoberta (região de Santa Júlia), o que totalizaria doze ACS e cerca de 8 mil usuários.

Partindo do relato acima, já é possível perceber as primeiras diferenças entre os territórios da unidade: duas áreas com o território bem delimitado e com uma população fortemente vinculada aos profissionais da USF SJT, uma área sem vínculo e com agentes

novos e outra, totalmente nova e onde a principal demanda seria o cadastramento. E logicamente, essas características foram fundamentais para as condições de acesso ao serviço de saúde. Foi possível visualizar como o vínculo, os preconceitos e a distância interferem diretamente na efetivação do acesso e utilização do serviço ao analisar as agendas dos profissionais e livros de registros do acolhimento de cada equipe, pois as microáreas antigas ou mais próximas da unidade possuíam um índice de procura maior do que as demais.

Por questões contratuais ainda passamos algumas semanas em Salvador planejando a inauguração e metas para o funcionamento da unidade de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e outras políticas públicas. Neste período nos dividimos em 3 Grupos de Trabalho (GT), que giravam em torno do acolhimento, territorialização e construção de vínculo com a equipe e comunidade. Para territorialização, considerando o trecho da PNAB que estabelece que as equipes de Saúde da Família “devem conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia” (BRASIL, 2017), estipulamos como metas delimitar a área de abrangência, conhecer o território (pontos de vulnerabilidade, dispositivos sociais e de saúde, além de possíveis grupos chaves para ações de saúde), cadastrar 100% da população e construir um mapa inteligente.

Quando finalmente chegamos à unidade fomos recebidos pelos agentes comunitários, agente de portaria e pelos funcionários recém contratados. Como não havia previsão de inauguração nas próximas semanas, dedicamo-nos à execução de algumas atividades estruturadas durante o período do acolhimento. Assim, na semana seguinte, fomos conhecer o território, a fim de nos aproximar da população e destacar aspectos de vulnerabilidade e risco em uma lista de ruas de cada microárea.

Nos dividimos em quatro grupos de acordo os agentes de cada equipe: Josefa, Carlos e Nazaré da equipe 1, Ivone, Ivonice e Cristiane da equipe 2, Rosana, Valdeci e Rita da equipe 3 e Sérgio da equipe 4 que ainda se encontrava sem os demais agentes.

A partir desse processo, passei a observar algumas peculiaridades entre cada microárea. A de Josefa destacou pela melhor condição socioeconômica, enquanto que a de Carlos e (principalmente) a de Rosana eram as mais vulneráveis. Em todas as áreas, encontramos muitos bares, pontos de lixo e igrejas e alguns poucos pontos comerciais. Quanto a área de abrangência da equipe 3, sobre a qual assumiria responsabilidade sanitária, percebi que não havia escolas públicas, apenas pequenas escolas particulares. A partir desta informação, presumi que as crianças mais vulneráveis estudavam nas



microáreas vizinhas e que provavelmente seria necessário manter uma articulação com as demais equipes para o desenvolvimento de ações externas e acompanhamento das ações de saúde oferecidas através do Programa Saúde na Escola. Além disso, observei a semelhança entre as microáreas de Rita e Valdeci, que possuem condições de saneamento e infraestrutura muito melhores do que a de Rosana, e que a população idosa se concentrava nas duas primeiras microáreas.

Neste período de reconhecimento do território, recebemos a notícia de que as preceptoras de medicina e enfermagem deveriam dividir as atividades de preceptoria e o atendimento à população através da formação de uma 5ª equipe. Isto me gerou grande inquietação e insegurança, visto que este fato significava uma provável fragilização do suporte pedagógico, quando ainda nem tínhamos iniciado o atendimento à população. Além disso, as profissionais destacavam suas incertezas quanto à necessidade de expansão para um local geometricamente muito distante da USF para cadastrar os 2.000 usuários mínimos. Por estas razões, decidimos iniciar um estudo do território do distrito de Itinga, a fim de demonstrar que a existência de uma 5ª equipe no São Judas não seria a melhor opção.

Este projeto foi conduzido pelo GT de territorialização, do qual fui membro desde a sua formação. Em um primeiro momento demarcamos a localização exata de cada USF nos mapas do programa *Google Earth*, através do aplicativo *GPS Logger*. A seguir, adicionamos a malha censitária do IBGE ao programa de forma que permitisse o cálculo automático do número de moradores em cada área selecionada no mapa de acordo com os resultados do censo de 2010. Para atualizar os valores e considerar as novas ruas criadas, também utilizamos os mapas da secretaria de planejamento, das USF do distrito de Itinga e do Centro de Controle de Zoonoses, o qual também nos forneceu dados referentes aos números de moradores em cada zona de atuação dos agentes de endemias.

Através desse estudo, foi possível traçar as áreas de abrangência de todas as USF que compõem o distrito, bem como visualizar todas as descobertas. Percebemos que as unidades de saúde se aglomeravam ao norte e leste do distrito e que faria muito mais sentido que a população da 5ª equipe estivesse vinculada a outra USF mais próxima da região. Assim, construímos uma proposta de redistribuição dos territórios dentro de parâmetros da PNAB, considerando estratégias que garantissem o melhor acesso possível da população à unidade e capacidade instalada de cada equipe.

Essa proposta resultou em um movimento de reterritorialização de Itinga e delimitação das áreas das equipes do São Judas, em conjunto aos ACS do município e a gestão da Atenção Básica (AB). No entanto, em meio a este processo, a unidade inaugurou e o atendimento à demanda reprimida foi considerada prioridade, desacelerando as

articulações. Além disso, a resistência às mudanças de área, equipe e unidade por parte de alguns profissionais, especialmente os ACS, e um decrescente apoio da gestão, contribuíram para redução da proposta de intervenção apenas para o âmbito da USF SJT.

Em uma das últimas reuniões do GT, cerca de dois meses após a inauguração da unidade, o território foi reorganizado. Participaram do encontro representantes da gestão da atenção básica e integrantes do São Judas (agentes e demais membros da equipe). Neste dia, além da região de Santa Júlia, também foi adicionada uma localidade descoberta, situada entre a USF Israel Moreira e USF SJT. Assim, as composições de algumas equipes foram alteradas e neste movimento uma das agentes da minha equipe foi transferida. Esta foi a primeira situação que me provocou um sentimento de perda. Considerava esta pessoa como um ponto chave, tanto pela competência e comprometimento como pela experiência de atuação, além disso era a agente com a qual havia construído o maior vínculo até então. Entretanto reconhecia que esta mudança seria a melhor opção para os moradores da região descoberta entre as unidades Israel Moreira e São Judas Tadeu, afinal essa localidade apresentava uma vulnerabilidade social muito grande e historicamente, nunca contou com a referência de uma equipe de saúde da família. São situações como esta que justificam a necessidade da territorialização ser entendida como um processo dinâmico.

Assim, a vivência do primeiro ano me apresentou o cuidado em três perspectivas diferentes: cuidar de pessoas em uma microárea que comecei a atuar já conhecendo o território e na qual era permitida a livre circulação de pessoas; cuidar em outra microárea também conhecida, mas com circulação restrita em determinados pontos; e cuidar em uma terceira microárea totalmente desconhecida e no início do processo de cadastramento, território este, que fui explorando no decorrer da minha atuação como enfermeira no primeiro ano. Enquanto que, a experiência do mapeamento do distrito de Itinga foi fundamental para compreensão das barreiras de acesso ao serviço de saúde e das condições de trabalho das outras unidades, permitindo uma maior aproximação dos determinantes sociais e das condições de saúde das áreas vizinhas a USF SJT.

O Guia Política Nacional de Atenção Básica, em seu módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde define território como:

[...] o território é aquele que vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É o espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura." (BRASIL, 2018)

Foi justamente comparando as três microáreas da minha equipe, que compreendi o quanto o domínio do território é fundamental para o entendimento de como se dão as

relações e as condições de vida dos usuários que acessam o serviço e de quais usuários permanecem alheios aos cuidados da equipe. Notei que quanto mais conhecia o território, mais próximo era o vínculo que conseguia estabelecer com os pacientes dentro do consultório e que quando caminhava na área conseguia reconhecer os moradores e entender as relações entre as diferentes famílias que encontrava no percurso. Ao passo que, na microárea em processo de cadastramento me via sempre presa às consultas de pessoas que não tinha certeza se eram da área de abrangência, apesar da comprovação de residência na recepção, e quando caminhava nas ruas não as reconhecia, sentia dificuldade em avançar na análise da situação de saúde dessa população e em estabelecer relação entre as diversas pessoas que atendia.

Assim, concluo que a territorialização é uma ferramenta fundamental para a aproximação do profissional do usuário, bem como dos problemas e necessidades de saúde da população, possibilitando uma análise da situação de saúde mais fidedigna e um planejamento em saúde mais resolutivo.

### **3. A CONSTRUÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA USF SÃO JUDAS TADEU**

O acolhimento é definido através do Caderno de Atenção Básica nº 28 como “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (BRASIL, 2012). Pensar como se estruturaria esta forma de cuidado, foi uma das primeiras atribuições do grupo de residentes. Os primeiros movimentos nesse sentido aconteceram durante os primeiros dias, quando estudamos sobre as diferentes características de quatro modelagens apresentadas no referido caderno do Ministério da Saúde: acolhimento pela equipe de referência, acolhimento pela equipe do dia, acolhimento misto e acolhimento coletivo.

A primeira modelagem estabelece que a primeira e segunda escuta aos usuários será realizada pelos profissionais de referência do próprio usuário. Apresenta como principal vantagem o fortalecimento do vínculo e da responsabilização pela área adscrita, e como dificuldade, a conciliação do acolhimento com as atividades extramuro ou as consultas programadas nos dias de maior fluxo de usuários. A segunda, criada para unidades com mais de uma equipe, possibilita as escutas através de uma escala diária de profissionais de diferentes equipes. Apesar de dificultar o estabelecimento do vínculo, essa estratégia

permite a condução das atividades programadas das equipes não escaladas sem grandes interferências e garante a disponibilidade dos profissionais para a recepção e condução das demandas espontâneas. A terceira modelagem, é uma situação intermediária aos dois primeiros. Até uma hora estipulada do dia ou um número de escutas pré-definido, o atendimento é feito pela equipe de referência, e o que for excedente a hora ou número de usuários definidos é atendido pela equipe do dia. O quarto modelo assemelha-se a uma roda de conversa entre todos profissionais e usuários com objetivo de identificar casos agudos nas primeiras horas da manhã, devendo nas demais horas do dia ser utilizada outra modelagem para permitir o adequado funcionamento da unidade. (BRASIL, 2012)

Assim, analisando os prós e contras de cada modelagem, e prevendo que a demanda nos primeiros dias de funcionamento da unidade seria diferenciada devido ao tempo de suspensão do atendimento, decidimos em conjunto com os preceptores construir uma proposta de organização interna. Considerando a demanda reprimida e as agendas vazias, todas as equipes estariam voltadas exclusivamente para o acolhimento do usuário de referência na primeira semana. A partir da segunda semana, duas modelagens seriam utilizadas. Como considerávamos que a primeira hora do dia seria o horário de maior fluxo de pessoas, seria mantido o acolhimento por equipe de referência e a partir da segunda hora as escutas estariam restritas a equipe do dia.

Apesar dos primeiros alinhamentos sobre o assunto já tomarem alguma forma durante a época em que estivemos afastados dos demais profissionais da unidade, houve a preocupação de que as decisões não fossem impostas, mas sim construídas coletivamente, contemplando os consensos entre as diferentes posições e opiniões, a fim de evitar tensões no ambiente de trabalho e aumentar a possibilidade de aceitação e execução das propostas sugeridas. Nossa experiência, nas primeiras semanas em Lauro de Freitas, mostrou-nos que a melhor alternativa seria a construção de propostas preliminares em GTs para a apresentação e readequação em grupos maiores, visto que as sucessivas reuniões de unidade estavam se tornando cansativas e pouco produtivas, causando o progressivo desinteresse dos demais profissionais da unidade. Portanto, dividimo-nos em três GTs para otimizar a estruturação dos processos de trabalho, sendo eles territorialização, acolhimento e prontuários/registros.

O GT de acolhimento pensou no desenho dos fluxos internos de atendimento, na escala de classificação de risco e outros detalhes necessários para sua operacionalização. Para isto, o GT contou com a contribuição de algumas recepcionistas e agentes de saúde da unidade para a construção dos fluxos, bem como com a participação dos demais residentes e preceptores (inclusive de medicina) para a finalização da classificação de risco.

Vale salientar que esta classificação de risco foi elaborada a partir dos protocolos das unidades pertencentes ao campo prático da Residência da FESF em Camaçari, que já possuíam um sistema de acolhimento com classificação de risco estruturado. Além de adaptar esta estratificação de demandas gerais de acordo com as opiniões e diretrizes clínicas trazidas pelos diversos atores envolvidos, foi anexada a este produto uma classificação de risco odontológica, construída pelo núcleo de odontologia de Lauro de Freitas, possibilitando que todos os profissionais da primeira escuta também realizassem a classificação das demandas odontológicas. Essa decisão impulsionou uma ação de *matriciamento em odontologia a fim de capacitar os profissionais das demais áreas para a primeira escuta das demandas odontológicas*, sendo esta a primeira ação de matriciamento na USF SJT e uma estratégia eficiente para ampliação do acesso aos serviços odontológicos, que seriam os mais demandados pela população adscrita, invertendo a lógica da demanda voltada unicamente ao profissional médico.

As demais etapas do planejamento foram conduzidas no GT de Acolhimento, do qual não participei. Ao final de todo esse processo, a proposta inicial sobre as modelagens a serem utilizadas na primeira e na segunda semana foi mantida, a participação de cada profissional durante o caminho percorrido pelo usuário no interior da USF foi alinhada, as escalas das equipes do dia e de classificação de risco foram construídas e as orientações fornecidas sobre o rol de serviços foram padronizadas em todas as equipes. Todos os materiais e fluxos construídos no GT foram apresentados, readequados e validados em reuniões de unidade, para permitir a participação de todos os profissionais neste processo. *Da mesma forma, foi acordado que após a primeira semana de funcionamento da unidade aconteceria uma reunião envolvendo representantes de todas as categorias para avaliar a operacionalização do acolhimento e readequar as fragilidades encontradas.*

Assim a unidade inaugurou no dia 07 de junho de 2017, 02 meses após nossa chegada em Lauro de Freitas. Apenas no primeiro turno, foram atendidas 60 pessoas, confirmando nossas suposições referente ao impacto da demanda reprimida nos dias de atendimento. Neste dia, percebi a influência da territorialização, do vínculo, do trabalho realizado pelos ACS e da vulnerabilidade socioeconômica na procura dos serviços, através da avaliação dos livros de registro de acolhimento de cada equipe. Era possível observar uma diferença nítida entre as microáreas, pois as mais antigas alcançaram um índice de procura muito maior do que as que foram adicionadas com a expansão da unidade. Uma delas, a de Carlos, também caracterizada pela proximidade com a USF, pelo alto grau de vulnerabilidade social e pela presença constante do agente nas atividades no território, representou quase 40% dos atendimentos no primeiro dia.

Quanto as minhas microáreas, que foram adicionadas após o remapeamento do território, foi possível perceber que a de Rosana, considerada como a mais próxima e vulnerável, também foi a que obteve o maior índice de procura. Nessa época, Rosana já estava em licença maternidade, mas isso não dificultou a disseminação da informação sobre o funcionamento da instituição. Um dos pontos-chaves para isso, foi a sua conduta regular de orientar os usuários sobre a transferência de USF, então quando a notícia da inauguração se espalhou (o que não demorou, pois sua microárea localizava-se do lado da USF SJT), a maioria da população já sabia para onde se dirigir.

A de Valdeci foi aumentando gradativamente e ao longo da semana, mas a de Rita se manteve com o mesmo baixo índice de procura, o que me chamou atenção, pois a apesar da distância em relação à unidade um pouco superior, as demais características entre as duas microáreas (vínculo com a USF SJT e vulnerabilidade socioeconômica) eram relativamente parecidas. Depois de algum tempo, descobri o medo que alguns usuários possuíam em acessar o serviço devido a história e cultura do lugar de alocação da instituição, conhecido popularmente como "Campo da Maconha", principalmente no fim do turno da tarde, no período compreendido entre às 16 e 17 horas.

Logo nos primeiros dias de funcionamento, percebemos que não seria possível manter o acolhimento por equipe de referência na primeira hora do dia na segunda semana. A demanda reprimida, somada a nossa inexperiência na condução de consultas mais rápidas, exigiria a otimização do tempo disponível no turno e uma quantidade maior de vagas na agenda. Assim, durante todo o primeiro ano, o acolhimento se manteve com a modelagem de equipe do dia, a fim de preservar o andamento das atividades programadas pelas equipes que não estivessem escaladas para o acolhimento da demanda espontânea.

Ao final da primeira semana, sistematizamos os primeiros problemas encontrados, sendo eles: o não entendimento do conceito de acolhimento com classificação de risco por parte do usuário, a não utilização da classificação de risco por alguns profissionais, a ausência de alinhamento sobre local de registro da segunda escuta e as vagas para atendimento médico reduzidas devido a mobilização desses profissionais por atraso no pagamento das bolsas.

A não utilização da classificação de risco, mesmo de forma isolada, provocou um problema secundário: o preenchimento de praticamente todas as vagas para o mês de junho nas agendas de odontologia logo no primeiro dia de funcionamento da USF. Além disso, as poucas vagas disponibilizadas pela equipe médica encaminhavam-se para o mesmo fim. A estratégia encontrada para contornar essa situação, foi a organização de grupos de educação em saúde e atendimento coletivo para os casos de classificação azul.

Isso demonstra a importância do uso da estratificação de risco para garantia do acesso e da resolubilidade dos serviços de saúde para além do seu entendimento como uma ferramenta de humanização do cuidado e ou gestão de filas como o definido pelo Ministério da Saúde:

*Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). Realizado por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, de forma ágil, o atendimento adequado a cada caso. (BRASIL, 2010)*

Ao longo do primeiro ano, período no qual estivemos mais próximos da organização dos fluxos de trabalho, “arestas” foram gradualmente percebidas e reorganizadas, como parte de um processo natural e dinâmico de implementação de uma nova modalidade de atendimento aos usuários. No entanto, algumas questões tornaram-se constantes, demandando uma maior mobilização das equipes, sendo elas: a inadequação da classificação de risco clínica, a dificuldade na manutenção dos médicos na equipe de segunda escuta e o dimensionamento entre os pacientes agendados e as consultas do dia.

Em contrapartida, os pontos positivos observados foram muitos, a saber: a) o *incentivo às ações de matriciamento entre equipe mínima (incluindo a equipe de saúde bucal) e profissionais do Nasf-AB*; b) a possibilidade de gestão das agendas e direcionamento adequado das demandas para os membros da equipe multiprofissional; c) a utilização do espaço como um momento de educação em saúde para desconstrução da lógica médico-centrada de atendimentos; d) a visualização dos problemas de saúde agudos comuns a área de abrangência de cada equipe; e) a melhoria do acesso e resolutividade da APS, estabelecendo a USF como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado.

Assim é possível concluir que a operacionalização deste atendimento demanda a organização da equipe de saúde em diferentes aspectos, sejam eles matriciamento, integração entre as equipes, comunicação interpessoal, estruturação dos processos de trabalho, entre outros fatores. Após este ano, foi possível visualizar o porquê da implantação e implementação deste serviço é um processo tão complexo e difícil. Exige a disponibilidade e abertura dos profissionais e a perfeita organização dos processos de trabalho para que tudo funcione em harmonia. No entanto, quando bem estruturado, é uma ferramenta de grande valor para garantia da inclusão de usuários com especificidades singulares e para efetivação do papel da Atenção Primária como porta de entrada coordenadora e ordenadora do cuidado.

#### 4. ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE E PLANEJAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DO SEGUNDO ANO DE RESIDÊNCIA

No segundo ano, o Programa de Residência aloca os discentes em diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de promover a gestão dos processos de trabalho em saúde, a articulação da USF de referência com os demais pontos da RAS e o matriciamento entre as equipes de Saúde da Família e os demais serviços da RAS com vista à integralidade do cuidado. Assim, em Lauro de Freitas, foi disponibilizada a escolha entre as seguintes opções de campo de estágio: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Departamento de Vigilância em Saúde (VISAU), sendo esta última opção restrita ao campo de atuação das coordenações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) e de Vigilância Epidemiológica (VIEP). Escolhi o campo de Vigilância em Saúde, por considerá-lo como uma forma de retomar a minha experiência relatada anteriormente nesta área e por observar, durante o meu primeiro ano, um menor grau de interação desses serviços (especialmente da VISAT) com a Atenção Básica.

Além dessa experiência na VISAU de Lauro de Freitas, também houve um estágio desenvolvido nos setores da Superintendência de Atenção Básica (SUAB) e Coordenação de Planejamento, Auditoria e Controle de Qualidade dos Serviços (COPLAC), comum a todos os residentes do município. Vale ressaltar que em cada área técnica (Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, VISAT, VIEP, COPLAC e SUAB), foram selecionados profissionais de referência para os residentes, a fim de facilitar nossa imersão nesses serviços.

No primeiro dia, houve uma reunião de aproximação entre as referências de cada área técnica, residentes e gestores da SUAB para discussão de possíveis linhas de ação do estágio a partir da percepção da nossa atuação no primeiro ano e das propostas de intervenção levantadas por cada referência técnica. Como residente do campo de Vigilância em Saúde, apontei como nós críticos a pequena integração entre a VISAT e as unidades de saúde, a subnotificação dos agravos do SINAN em especial, os relacionados à Saúde do Trabalhador e a não contrapartida das informações produzidas a partir destes dados e das fichas de diarreia. Estes foram alguns dos pontos trabalhados durante os primeiros meses de estágio.

Vale ressaltar que Lauro de Freitas diferenciou-se dos demais municípios ao delimitar uma carga horária semanal na USF de 8 horas semanais. Tal desenho, ocasionou uma maior integração dos residentes com os locais de estágio e um maior domínio dos



processos de trabalho em execução nas redes. Tais fatores facilitaram a percepção de algumas fragilidades nos processos de trabalho da VISAT no que diz respeito à Análise da Situação de Saúde (ASIS), definida como:

[...] processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto (BRASIL, 2015)

Logo nos primeiros dias de vivência na VISAT, foi possível perceber a falta de informações referentes aos trabalhadores laurofreitenses e a ausência de um momento entre a equipe para sistematização e produção de análises a partir dos dados alimentados. O quadro de funcionários era reduzido e se dividia entre as atribuições de Saúde Ocupacional, como atendimento ambulatorial, e as específicas de Vigilância em Saúde, como as inspeções dos ambientes de trabalho e a alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para acompanhamento dos Agravos e Doenças Relacionados ao Trabalho (ADRT) não notificáveis no SINAN, havia uma planilha de notificação piloto alimentada pelo núcleo de epidemiologia do serviço de urgência e emergência de maior complexidade no município, com o qual a equipe da VISAT mantinha maior contato. De uma forma geral, era possível perceber que a aproximação com os serviços de urgência e emergência era consideravelmente maior em relação aos demais serviços assistenciais. Um exemplo disso, era o fato de que a coordenação da VISAT reconhecia pessoas de referência nestes pontos de atenção à saúde, mas ainda não reconhecia as pessoas responsáveis pelo apoio institucional e gerência administrativa de cada USF.

Considerando minha vivência na USF SJT e os processos de trabalho centrados em programas prioritários empregados nas outras unidades do município, foi possível observar que falta de comunicação com a VISAT se refletia nas Unidades de Saúde da Família através do não reconhecimento por parte do trabalhador da Atenção Básica da sua participação como membro da rede de vigilância em saúde do trabalhador e da não execução das atribuições específicas da APS, descritas pelo Ministério da Saúde como:

“Identificar o perfil de saúde dos trabalhadores e dos processos produtivos no território de abrangência;  
Identificar e notificar situações de risco e os agravos relacionadas ao trabalho;  
Estabelecer articulação com as instâncias de referência específicas de VISAT para a promoção da saúde do trabalhador;

Desenvolver ações de educação em saúde, particularmente nas situações onde forem identificados riscos relacionados ao trabalho.” (BRASIL, 2014)

Assim, para aproximar os setores (Atenção Básica e VISAT) organizamos rodas de conversa apresentando as atribuições da VISAT e momentos de sensibilização sobre a importância da notificação para a ASIS para os profissionais da Rede de Atenção à Saúde. Nesses encontros, divulgamos as informações produzidas a partir da sistematização dos dados coletados pelas USF's e as outras unidades assistências, como forma de demonstrar a utilidade do processo de notificação para construção de ASIS e direcionamento das ações de planejamento.

Especificamente na USF SJT, fizemos uma sensibilização e orientação *in loco* sobre o reconhecimento da Atenção Básica como membro da rede de Vigilância em Saúde do Trabalhador, com enfoque para as notificações do SINAN e acidentes não notificáveis. Nestes momentos, traçamos alguns fluxos internos com as recepcionistas e técnicas de enfermagem para facilitar o reconhecimento do usuário como trabalhador e o encaminhamento dos casos identificados pela recepção e nas salas de curativo triagem e procedimento para os demais profissionais da USF SJT, que posteriormente foram instituídos na unidade.

Concluído o período de estágio na VISAT, fui transferida para VIEP. Naquele momento, o setor enfrentava um grande problema de organização interna devido as sucessivas trocas de coordenação: três coordenadores em menos de quatro meses. O antigo coordenador centralizava as ações de planejamento interno sem o devido repasse das metas e atribuições propostas a cada gerência. Assim, de forma geral, as gerências organizavam-se individualmente apenas para o atendimento de demandas emergenciais normalmente relacionados às doenças transmissíveis, como casos suspeitos de influenza, sarampo e meningite, enquanto que a gerência recentemente criada de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) era colocada em segundo plano não havendo nenhuma ação específica estruturada até o momento.

Em meio a este cenário, a construção de uma ação de integração entre Atenção Básica e VIEP parecia algo inviável em um primeiro momento. Apesar de acompanharmos as gerências, duas tarefas concentravam as energias da coordenação do setor, sendo elas a construção do regimento interno e a alimentação do relatório quadrimestral para apresentação ao Conselho de Saúde Municipal. Desta forma, considerando a demanda iminente de organização interna, a minha experiência prévia com os relatórios de planejamento da VISAT e a necessidade de aprofundar meu conhecimento sobre a estruturação desse serviço em Lauro de Freitas, aproximei-me da alimentação de alguns

instrumentos de planejamento, como o relatório quadrimestral, o relatório de acompanhamento dos indicadores do SISPACTO e o relatório de acompanhamento da Secretaria de Governo (SEGOV). Foi um bom ponto de partida para compreender os objetivos de gestão propostos, as fragilidades do setor e a situação de saúde da população do município.

Neste processo, alguns questionamentos e conclusões surgiram. A primeira delas foi a observação de que as ações de saúde eram realizadas intuitivamente de acordo com as percepções pessoais de cada gerência, desconsiderando os dados epidemiológicos ou as metas pactuadas nos instrumentos de planejamento. Os profissionais desconheciam o Plano de Saúde Municipal, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Quadrimestral, logo esses instrumentos não cumpriam seu principal papel de orientar os processos de trabalho durante seu período de vigência e o monitoramento das ações se restringia a um setor externo (COPLAC) e ao conselho de saúde, sem a autoavaliação do profissional. Essa situação também se aplicava a minha realidade enquanto profissional assistencial, pois até aquele momento, eu desconhecia o conteúdo dos instrumentos de gestão da SUAB. Com o avançar do segundo ano, no estágio na COPLAC, observei que o mesmo acontecia com os demais profissionais assistenciais da rede.

O segundo ponto era que a gerência de DANT, possuía o maior número de metas, em grande parte voltadas principalmente para as questões intersetoriais de violência e promoção da saúde. Até o segundo quadrimestre apenas uma meta havia sido contemplada e além disso, a VIEP não possuía nenhuma espécie de informação sobre DANT além das fichas de Violência Interpessoal/Autoprovocadas de notificação do SINAN. Não havia integração com os Sistemas de Informação da SUAB (e-SUS-AB, SISAB e MAS), e ao considerar a minha experiência no primeiro ano, o acesso a esses sistemas não seria suficiente para a compreensão desse problema de saúde pública no município, visto que a alimentação do sistema não ocorre de forma adequada, sendo muito aquém do que é vivenciado no nível local.

O terceiro ponto foi que algumas metas não condiziam com a realidade do município ou com a capacidade instalada do serviço. Assim, perguntava-me constantemente como se originaram tais metas. Sabia da existência de algumas metas acordadas no SISPACTO, as quais o município não dispunha de autonomia para modificar, mas algumas metas fugiam essa regra. Esta foi outra questão que compreendi melhor durante meu estágio na COPLAC, quando descobri que as metas são usualmente propostas pelo próprio setor.

Nos últimos meses do estágio na VIEP conseguimos alguns avanços em relação a sistematização dos dados das fichas de diarreia e do SINAN, principalmente a de violência.

Fizemos uma análise mais aprofundada do perfil epidemiológico dos casos de violência notificados e encerrados no SINAN, a fim de repassar os dados para os pontos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde, especialmente para os Centros de Atenção Psicossocial do município, aproveitando a oportunidade do mês do Setembro Amarelo para aproximação com os serviços que lidam com a questão do suicídio no município.

Enquanto analisava os consolidados das fichas de diarreia, observamos que a maioria dos casos notificados provinham das unidades de urgência e emergência, nível de atenção que de acordo com o esquema de tratamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde, deveria ser responsável pelo esquema de tratamento nível C, casos onde a hidratação venosa se faz necessária. No entanto, os relatórios analisados destes atendimentos evidenciaram que cerca de 80% dos casos estavam relacionados ao tratamento nível A de conduta ambulatorial, o que seria uma atribuição das unidades de Atenção Básica. Olhei os endereços de residência dos casos notificados e boa parte provinha de áreas cobertas pela ESF.

Esse fato, apresentou-me três possíveis explicações. A primeira era que a população não reconhecia a resolutividade da Atenção Básica para o tratamento da diarreia. A segunda, que a população não tem acesso às USF para o acolhimento dessa demanda aguda por demanda espontânea e a terceira, que as unidades de atenção básica omitiam as notificações. Assim, utilizamos esses dados para discussão nas reuniões de equipe da USF SJT a fim de incentivar o processo de coleta de dados para análise de situação em saúde local e reorganização dos processos de trabalho.

Após estas atividades, iniciei meu estágio nos setores da COPLAC e SUAB. Neste período, dediquei-me principalmente à organização da conferência municipal de saúde, a participação das oficinas de planejamento promovidas pela COPLAC, a aplicação do questionário do Índice de Efetividade da Gestão Municipal (IGM), a implantação do Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) e a construção na Linha de Cuidado de Hipertensão e Diabetes. No entanto, destaco duas atividades citadas anteriormente que me fizeram lembrar e refletir sobre minha prática assistencial no primeiro ano, sendo elas o PPLS e a construção na Linha de Cuidado de Hipertensão e Diabetes.

A implantação do PPLS é um projeto da COPLAC, em parceria com a SUAB, que visa orientar o processo de planejamento das equipes de saúde da família no município para o atendimento das necessidades de saúde da população adscrita, através da priorização de problemas e elaboração de estratégias para o alcance de metas com uso eficiente dos recursos disponíveis. Assim, o PPLS compreende as seguintes etapas: análise da situação de saúde; definição de objetivos e ações; análise de viabilidade e desenho de estratégias de

ação; elaboração da programação operativa e definição de indicadores de avaliação e monitoramento; acompanhamento e avaliação da programação operativa. (COSTA; PINHO, 2015)

O primeiro ciclo de residentes elaborou um guia metodológico para implantação destas etapas baseado na publicação *Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências*, organizada por Carmem Teixeira, que descreve vários instrumentos metodológicos para estruturação de oficinas de trabalho voltadas para ações de planejamento. A primeira etapa do guia, Análise da Situação de Saúde, consiste em dois momentos, sendo o primeiro, para identificação, formulação e priorização dos problemas de saúde da população e o segundo, para explicação dos problemas priorizados no momento anterior. Como residente do quarto ciclo, participei da aplicação do primeiro momento nas quatro equipes da USF Chafariz/Centro, responsável pela área do centro da cidade.

Ao conversar com as equipes, percebi o quanto o planejamento central era algo distanciado das iniciativas de planejamento executadas no nível assistencial. Muitos dos problemas administrativos que observei na VIEP se repetiam na SUAB. Da mesma forma que na VIEP, o planejamento acontecia do nível central para o local e por isso a sensação de verticalidade pairava nas proposições da gestão da SUAB. As metas da SUAB programadas para a PAS de 2019, que observei durante as oficinas de planejamento da COPLAC, não acompanhavam os problemas que as equipes observavam no nível local e por sua vez, as equipes, a parte executora das atividades propostas nos instrumentos do planejamento municipal, desconheciam quais eram as metas do Plano Municipal e da PAS.

Tal situação constitui um entrave significativo para o processo de planejamento em saúde, pois utilizando as palavras de Carmem Teixeira: "o planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana." (TEIXEIRA, 2010) A busca por formas de racionalização dos esforços dos diversos atores sociais envolvidos quando estes caminham em direções diversas foi uma necessidade que surgiu durante o período de estruturação da USF SJT no primeiro ano. Neste contexto, o PPLS pode ser uma ferramenta fundamental para a organização de esforços nos diferentes níveis de gestão em prol de necessidades de saúde reais e coletivas.

Paralelamente a implantação do PPLS, também me envolvi com o projeto de construção da linha de cuidado de hipertensão e diabetes. Este projeto, de iniciativa da SUAB, visa fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão e diabetes na Atenção Básica, gerindo e regulando de forma integrada suas ações com os serviços especializados, de urgência e emergência e vigilância epidemiológica, garantindo a avaliação contínua e a melhoria da gestão do cuidado.

A primeira etapa desse projeto consistia na obtenção de um diagnóstico organizacional a partir da percepção dos profissionais assistenciais da SUAB, por meio da aplicação do questionário ACIC (Avaliação dos Cuidados de Doenças Crônicas), um instrumento capaz de identificar áreas para melhoria na atenção às condições crônicas, por meio da avaliação de sete dimensões, sendo elas: organização do sistema de saúde; articulação com a comunidade; existência de ações de autocuidado apoiado; suporte às decisões clínicas; desenho do sistema de prestação de serviços; sistema de informação clínica e a integração entre todas as dimensões citadas anteriormente. (COSTA; CAZOLA; TAMAKI, 2016)

Participei da primeira etapa aplicando o questionário ACIC em cinco equipes de uma USF piloto, localizada no bairro Caji/Vida Nova. Os resultados finais caracterizaram uma linha de cuidado fragmentada, com fragilidades importantes na organização do sistema de saúde e no sistema de informação, pois além das questões envolvendo os instrumentos de planejamento, que surgiram de forma semelhante ao que foi exposto pelas equipes da USF Chafariz durante a aplicação do PPLS, também surgiram questões relacionadas a qualidade das informações produzidas para o planejamento das ações de saúde. Segundo as equipes, os livros de registro não possuíam um verdadeiro valor de uso ou não eram padronizados para todos os profissionais, e momentos para avaliar os poucos registros produzidos eram mais raros ainda. Esse foi um problema que também enfrentei no meu primeiro ano. Possuía consciência de que os registros deveriam ser realizados e que seriam importantes para as ações de planejamento da equipe, mas sempre priorizava meu tempo para a assistência da demanda reprimida, por ainda não visualizar um uso significativo das informações levantadas por muitos desses registros. Em boa parte, porque quando os estruturamos, a unidade ainda não havia sido reinaugurada e posteriormente, não readequiei os livros para as necessidades reais da equipe. Hoje avalio que os únicos livros que preenchia a contento eram os das consultas de preventivo e do acolhimento, porque os utilizava para gerir o meu próprio processo de trabalho e não o da minha equipe.

Atualmente, consigo visualizar como poderia ter readequado os livros para avaliar o perfil da população que atendia na unidade e comparar com o perfil da população do território e como poderia ter expandido meu controle de consultas e busca ativa para mais pessoas além das gestantes e os recém-nascidos. Também internalizei a importância de reservar um período para a avaliação e análise do que foi registrado de forma a garantir que as informações produzidas fossem adequadas para subsidiar as ações de planejamento da equipe, da unidade e do município. A partir do segundo ano compreendi o potencial da

Atenção Primária como fonte produtora de informações, principalmente no que diz respeito as condições crônicas, para os demais serviços do Sistema Único de Saúde.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especialização no formato de residência é uma oportunidade para vivenciar o SUS de uma forma diferenciada, pois permite que o residente amplie seu olhar e internalize questões fundamentais para consolidação do sistema de saúde.

Durante meu percurso ao longo desses dois anos, compreendi o potencial desses temas aqui abordados de uma forma diferente do que via na literatura. Experimentei como a territorialização configura-se em uma ferramenta fundamental para apropriação dos problemas de saúde de forma a permitir a produção de informações para os outros serviços do SUS, inclusive a VISAU que se encontra limitada a lista de notificação do SINAN. O acolhimento, mais do que uma estratégia para o aumento de resolutividade da Atenção Básica, torna-se uma possibilidade de libertação do modelo de atenção programático, pois impulsiona as equipes na condução de processos de trabalho mais centrados no indivíduo. Enquanto que o planejamento em saúde pautado em uma análise fidedigna do território de atuação, constitui uma peça chave para organizar as ações em saúde para que todos os atores envolvidos nas diferentes esferas de governo estejam em consonância e em prol de problemas reais e significativos para população.

A partir da minha vivência nesses dois anos, considero tais temas como pontos fundamentais para reorganização do sistema de saúde de forma a torná-lo mais voltado às necessidades da população, superando a lógica da assistência à saúde centrada na doença, principalmente neste momento no qual a PNAB sofre modificações reconhecendo outras conformações na estrutura da Atenção Básica, o que pode afetar a consolidação da Estratégia de Saúde da Família, bem como a implementação das suas estratégias de organização.

## 6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Asis - Análise de Situação de Saúde** / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COSTA, Ana Cleide Mineu; PINHO, Rafaelle Oliveira Pinho. **Processo de trabalho e planejamento em saúde**. São Luís: EDUFMA, 2015.

COSTA, Karine Cavalcante da; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; TAMAKI, Edson Mamoru. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): avaliação da aplicabilidade e resultados. **Saúde em Debate**. v. 40, n. 108, 2016.

LAURO DE FREITAS. **Perfil do Município**. 2017. Disponível em: <https://www.laurodefreitas.ba.gov.br/site/noticia/perfil-do-municipio/120>. Acesso em: 20 outubro de 2017.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.