

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE

Beatriz Amaral Ferreira da Silva

O PAPEL DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Brasília,DF

2024

Beatriz Amaral Ferreira da Silva

O PAPEL DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Governo Fiocruz
como requisito para obtenção do título de
especialista em Gestão de Políticas Públicas
para Saúde.

Orientadora: Me. Cássia de Andrade Araújo

Brasília, DF

2024

O presente trabalho foi realizado com apoio de Ministério da Saúde (MS) - Código de Financiamento 001.

S586p Silva, Beatriz Amaral Ferreira da.
O papel do bacharel em saúde coletiva na estratégia de saúde da família do Distrito Federal: um relato de experiência / Beatriz Amaral Ferreira da Silva. -- 2024.
41 f. : il.color.

Orientadora: Cássia de Andrade Araújo.
Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Políticas Públicas para a Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2024.
Bibliografia: f. 25-27.

1. Saúde Pública. 2. Estratégias de Saúde Nacionais. 3. Processo de Trabalho. 4. Papel do Profissional. I. Título.

CDD 614.0981

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443
Biblioteca Fiocruz Brasília


Beatriz Amaral Ferreira da Silva

**O PAPEL DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**


Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola de Governo
Fiocruz como requisito para obtenção do
título de Especialista em Gestão de
Políticas Públicas para Saúde

Aprovado em 26/02/2024.


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **MARIANA PASTORELLO VEROTTI**
Data: 08/03/2024 11:28:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ma. Mariana Pastorello Verotti (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)
1º Examinador(a)

Documento assinado digitalmente
 **THAIS BARBOSA DE OLIVEIRA**
Data: 05/03/2024 17:15:23-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ma. Thaís Barbosa de Oliveira (Ministério da Saúde – MS)
2º Examinador(a)

Documento assinado digitalmente
 **CASSIA DE ANDRADE ARAUJO**
Data: 01/03/2024 17:22:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Ma. Cássia de Andrade Araújo (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)
Presidente da Comissão Examinadora - Orientador(a)

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada para os usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada no Distrito Federal (DF) desde 2017, é a principal forma de organização da APS. Neste contexto, o Enfermeiro desempenha um papel crucial na ESF, coordenando equipes e realizando atividades administrativas, enquanto o Bacharel em Saúde Coletiva atua na gestão e possui aptidão de trabalhar com ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde, além de competências relacionadas à gestão em saúde baseada em evidências e os estudos epidemiológicos. **Objetivo:** Relatar a experiência de atuação de um bacharel em Saúde Coletiva na qualificação do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência e análise documental das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (2017), Carteira de Serviços da Atenção Primária - Ministério da Saúde (2019), Carteira de Serviços de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Versão Profissional - Gestor (2017) e Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2022). **Resultado e Discussão:** A partir da experiência, foi possível observar que existe um vasto escopo de atuação para o Bacharel de Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde em diversas dimensões da gestão. Além disso, a análise documental apontou uma importante aproximação entre a atuação desse profissional e o Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária do DF da região Norte. **Conclusão:** A presença do Bacharel em Saúde Coletiva nas Unidades Básicas de Saúde durante a residência impulsionou os serviços para uma gestão mais eficaz, sobretudo no fortalecimento da vigilância em saúde, promoção, educação em saúde e gestão.

Palavras Chaves: Bacharel em Saúde Coletiva; Estratégia de Saúde da Família; Processo de Trabalho

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is defined as the gateway for users and the communication hub with the entire Health Care Network. The Family Health Strategy (FHS), implemented in the Federal District (DF) since 2017, is the primary form of PHC organization. In this context, the Nurse plays a crucial role in the FHS, coordinating teams and performing administrative activities, while the Bachelor in Collective Health engages in management and has the ability to work with health promotion, protection, prevention, recovery, and rehabilitation actions. Additionally, within their competencies lie evidence-based health management and epidemiological studies. **Objective:** To report the experience of a Bachelor in Collective Health in enhancing the work process within the Family Health Strategy. **Method:** This is a descriptive qualitative study, an experience report type, and documentary analysis of the National Curricular Guidelines for the Undergraduate Course in Collective Health (2017), Primary Care Service Portfolio - Ministry of Health (2019), Primary Care Service Portfolio of the Health Department of the Federal District, Professional Version - Manager (2017), and the Internal Regulation of Nursing in Primary Health Care of the Health Department of the Federal District (2022). **Results and Discussion:** From the experience, it was observed that there is a broad scope of action for the Bachelor of Collective Health in Primary Health Care across various management dimensions. Furthermore, the documentary analysis indicated a significant alignment between the work of this professional and the Internal Regulation of Nursing in Primary Health Care in the Northern region of the DF. **Conclusion:** The presence of the Bachelor in Collective Health in Basic Health Units during the residency propelled services towards more effective management, particularly in strengthening health surveillance, promotion, health education, and overall governam.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA SOCIAL	5
3 REFERENCIAL TEÓRICO	6
3.1 BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA	6
4 OBJETIVO	9
4.1 OBJETIVO GERAL	9
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	9
5 METODOLOGIA	10
5.1 TIPO DE ESTUDO	10
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	10
5.3 ETAPAS DA PESQUISA	11
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	11
6 DESENVOLVIMENTO	13
6.1 REFLEXÕES INICIAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA	13
6.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - CONHEÇA MEU CENÁRIO DE CAMPO	13
6.3 JORNAL ARTERIAL, RELATÓRIO DE ATIVIDADES E BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO	15
6.4 PAINEL DE MONITORAMENTO DE PRODUTIVIDADE	18
6.5 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO E FLUXOGRAMA	19
6.6 ANÁLISE DE ATUAÇÃO DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA	20
7 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26
ANEXO A - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	28
ANEXO B - JORNAL ARTERIAL	30
ANEXO C - PAINEL DE PRODUTIVIDADE	31
ANEXO D - FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO	32
ANEXO E - ANÁLISE DOCUMENTAL	33

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de grande luta e mobilização popular, anterior a ele a oferta de serviços de saúde se dava a partir de um modelo de saúde privatizado, com prestação de serviço apenas para trabalhadores que contribuíam financeiramente todos os meses em sua folha de pagamento (Barboza, 2020).

Esse sistema entrou em colapso a partir da inclusão de novos trabalhadores no sistema, intensificando a discussão e indignação expressadas pela sociedade frente às desigualdades e a mercantilização da saúde. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, nasce o SUS, que foi consolidado a partir da promulgação da Constituição Federal (CF) em 1988, considerando a saúde como um direito de todo cidadão e dever do Estado (Sales, 2019).

Os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde estão organizados através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em diferentes níveis de complexidade, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Sales, 2019). Mendes (2011) define as RAS como uma rede de pontos de atenção à saúde, estruturada e composta por diferentes equipamentos, de distintas densidades tecnológicas que devem ser distribuídos pelos seus arranjos produtivos, concentrando os serviços de maior densidade.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada para os usuários e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, atua no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, desenvolvendo condutas que sejam capazes de construir maior autonomia da população e prevê atuação sobre os determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2017a).

Desafios significativos surgem diante do papel da atenção primária como porta de entrada, evidenciados por dados que revelam obstáculos e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. A complexidade organizativa, originada pela atenção fragmentada e pela morosidade dos processos, é apontada como uma das causas (Silva, 2021). Cecílio (1997), já apontava que a rede primária não estava conseguindo se tornar a principal porta de entrada dos serviços de saúde, demonstrando a necessidade de apresentar múltiplas possibilidades de entrada, trabalhando sob a ótica de qualificação e construção de espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis da população.

Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um mecanismo que visa a reorganização da Atenção Primária com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), através da organização dos processos de trabalho, permitindo maior aprofundamento

dos princípios, diretrizes e fundamentos da APS, ampliando sua resolutividade e aumentando o impacto diretamente na população, além de favorecer o custo-efetividade do sistema de saúde (Brasil, 2017a).

A ESF é constituída por Equipes de Saúde da Família (eSF), no qual devem atuar e ser responsáveis por um território de referência, favorecendo a construção de um vínculo e a longitudinalidade do cuidado, sendo acompanhado obrigatoriamente por um médico, preferencialmente especialista de saúde da família, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde; podendo fazer parte da equipe um Agente de combate de endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal (Brasil, 2017a).

Anterior à implantação da ESF, a APS era composta pelos Centros de Saúde, atualmente denominados como Unidade Básica de Saúde Tradicional, composta por equipe de médicos especialistas, centrado no cuidado médico, caracterizada por pouco vínculo com a comunidade, sem territorialização e adstrição da clientela (Zacharias, 2020).

Os esforços e investimentos na APS, em especial na ESF, se devem ao impacto apresentado em diferentes contextos e estudos, em especial em indicadores de saúde, como: redução de mortalidade infantil, diminuição de internações por causas sensíveis à APS, elevação do acompanhamento do pré-natal e o aumento expressivo da cobertura vacinal. Um estudo realizado na Sapucaia do Sul (2021), revela maior proximidade da população, através da visitas domiciliares e o estímulo ao controle social, assim como melhor longevidade dos cuidados (Silveira, 2021).

A instituição da Estratégia de Saúde da Família ocorreu em 1994, entretanto, no Distrito Federal (DF) no ano de 2016 ainda existiam 36,6% de unidades de saúde funcionando sob o modelo tradicional, muitas vezes não realizando a prestação de um serviço primário e apresentando organizações influenciadas no perfil de seus profissionais e suas preferências, gerando maior custo para os cofres públicos e não oferecendo os serviços previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Corrêa, 2019).

Em fevereiro de 2017, por meio da Portaria nº 77/2017, foi implementada uma nova organização administrativa das Unidades Básicas de Saúde no DF. Essa reorganização as transformou em unidades do modelo Estratégia de Saúde da Família, incluindo Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atuais eMulti e outras composições destinadas a populações específicas (Corrêa, 2019).

No âmbito da APS no DF, havia equipes compostas por médicos clínicos, ginecologistas e pediatras, bem como enfermeiros e técnicos de enfermagem. Muitos desses profissionais recebiam gratificações de incentivos para atuar na ESF, embora estivessem

trabalhando fora do modelo. Nesse contexto, foi instituída a Portaria nº 78/2017, visando a efetiva transição para a Estratégia de Saúde da Família, por meio de um processo de treinamento e conversão final do modelo (Corrêa, 2019).

O treinamento foi realizado para melhor compreensão do modelo, sendo realizada da seguinte forma:

O processo de capacitação totalizava 220 horas obrigatórias para médicos e enfermeiros, foi distribuído igualmente entre atividades teóricas e práticas, e abordou conceitos básicos da ESF, saúde da criança, saúde da mulher com atenção especial à prevenção dos cânceres de mama e colo do útero, cuidados às condições crônicas com foco em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, além das principais demandas espontâneas em APS (CORRÊA, 2019).

Devido à configuração prévia do modelo tradicional, que estava vinculado ao recebimento de gratificações, a APS possuía profissionais muitas vezes sem perfil e conhecimento técnico necessário para atuação na área. Mesmo assim, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), utilizou desses profissionais para compor as equipes, com base na quantidade necessária para expandir as equipes de Saúde da Família (ESF), bastando a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Corrêa, 2019).

De acordo com Corrêa (2019), tal cenário pode ter corroborado para o crescimento do desconhecimento e enfraquecimento da estratégia, tanto por parte dos profissionais quanto da população.

Neste contexto, reconhece-se o profissional enfermeiro da Equipe de Saúde da Família como ator chave para a consolidação da ESF, principalmente no Distrito Federal, no qual possui a função de coordenação da equipe, além dos serviços assistenciais. Cabendo ao enfermeiro atividades administrativas e gerenciais, como: liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação (SES, 2021).

Além disso, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) classificadas como tipo 1 e rurais, esse profissional é ainda mais fundamental, visto que, além das atividades assistenciais e administrativas é essencial o conhecimento e implementação dos POPs de Enfermagem da SES/DF. Essa alta demanda de serviços para o enfermeiro pode ocasionar em sobrecarga no trabalho e saturação das demandas do serviço (SES, 2021).

A literatura científica destaca diversos desafios enfrentados pelo enfermeiro na ESF. Em um estudo conduzido em um município de médio porte no Oeste do Paraná, foi observado

que o enfermeiro enfrenta dificuldades para cumprir integralmente as diversas demandas devido às múltiplas responsabilidades atribuídas. Além de suas funções como integrante da equipe de saúde, as atribuições específicas do enfermeiro muitas vezes incluem atividades que poderiam ser desempenhadas por outros membros da equipe, resultando no adiamento de suas atividades exclusivas (Toso, 2021). Essas evidências destacam a complexidade e os desafios na atuação do enfermeiro na ESF.

No ano 2008 surge o profissional sanitarista, através da graduação em Saúde Coletiva, esse profissional surge exatamente da necessidade de atender uma demanda reprimida por parte dos gestores do SUS, com a finalidade de preencher os vazios da gestão dos serviços de saúde. Esse profissional pode ser considerado um ator estratégico, tendo em vista ser especialista generalista, humanizado e qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva. Seus conhecimentos são baseados na Epidemiologia, Política Pública, Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, sendo capacitado para atuar em todos os níveis de gestão e de atenção à saúde, podendo atuar como um grande apoiador aos enfermeiros na APS (Paim, 2013; Bosi, 2010).

Na prática, a Saúde Coletiva trata-se de uma profissão de saúde, independente ao modelo biomédico, que tem como premissa o cuidado fragmentado. Baseia-se em práticas assistencialistas, sendo compreendido como um processo de transformação, incluindo discussão dos meios de trabalho e das tecnologias do serviço, questionando a prática técnica e social sob a organização de saúde e permitindo a qualificação dos métodos de trabalho, sejam eles instrumentais, estratégicos ou comunicativos (Paim 2013; Oliveira, 2017).

Além disso, é uma profissional que está sob um pensamento estratégico político, possuindo uma gestão de intervenção técnica e ética política, sobre o âmbito dos direitos humanos, orientando-se em torno de ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde (Paim, 2013).

Desse modo, este projeto visa relatar a experiência da atuação de um Bacharel em Saúde Coletiva, enquanto profissional residente de Gestão de Políticas Públicas, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, acreditando em seu potencial de fortalecimento, qualificação e efetividade da prestação de serviços de saúde para a população na Atenção Primária à Saúde, considerando ser um profissional estratégico e de apoio aos enfermeiros de equipe, em especial nas demandas de gestão.

2 JUSTIFICATIVA/RELEVÂNCIA SOCIAL

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece atribuições específicas para cada profissional que compõe a Equipe de Saúde da Família. O enfermeiro possui atribuições além das inerentes a sua competência assistencial, sendo elas: o planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS, em conjunto com os outros membros da equipe, assim como participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (Brasil, 2017a).

Para além das atribuições específicas mencionadas da PNAB, a categoria da enfermagem na Secretaria de Saúde do Distrito Federal é definida como coordenadora de equipe, na qual, para além das atividades assistenciais, está em seu escopo de atuação a execução de atividades administrativas e gerenciais, sendo elas: liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação (SES, 2021).

Diante de todas as atribuições mencionadas anteriormente, o profissional de enfermagem encontra-se muitas vezes sobrecarregado e tendo que optar entre a assistência e o planejamento das ações e serviços. Esse cenário pode resultar em lacunas na prestação de serviços, comprometendo a integração eficaz dessas importantes dimensões de sua atuação. Visto isso, esse trabalho parte do pressuposto que a presença de um profissional Bacharel em Saúde Coletiva, dentro de uma Equipe de Estratégia da Família, possui uma função estratégica de atender a demanda reprimida por parte dos gestores do SUS, além de assegurar a presença de um profissional capaz de monitorar as necessidades da população, assim como os serviços prestados, atestando uma intervenção de saúde mais adequada e efetiva.

Um estudo realizado em um município de fronteira com o Brasil constatou que a presença de um sanitarista, Bacharel em Saúde Coletiva, oportuniza uma transformação da realidade que está inserido, resultado do seu papel potente de articulação entre os atores sociais, habilidade em planejamento em saúde, assim como qualificação dos processos de gestão. Sendo assim, destacou-se um papel de suma importância na APS, tendo em conta sua capacidade de fortalecimento dos atributos do serviço e o desenvolvimento em ações de promoção e educação em saúde, além da expertise em epidemiologia (Luz, 2021).

A definição do tema surgiu a partir da experiência vivenciada na residência de Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo Fiocruz, em uma Gerência de Serviços da Atenção Primária do Distrito Federal, no qual o tema despertou interesse devido às fragilidades encontradas no cenário e as potencialidades do Bacharel de Saúde Coletiva.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

O profissional sanitário é um personagem antigo quando se trata de saúde pública brasileira, existentes desde a década de 1920, caracterizado em distintas funções e formações. A profissão vem se estabelecendo e legitimando através de ações estratégicas na gestão, organização dos serviços e na promoção de saúde. A profissão iniciou sua consolidação a partir da década de 1970 com a criação dos cursos de pós-graduação lato sensu, até então a única forma de obter esta qualificação profissional (Santos, 2015).

A perspectiva da criação de um curso de graduação em Saúde Coletiva (SC) foi sendo levantada desde a década de 1980, no qual era discutido o ensino em saúde pública frente às demais formações. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em uma de suas reuniões nacionais no ano de 1983, foi pioneira nessa discussão, levando como tópico o debate a graduação em SC (ABRASCO) (Santos, 2015; Bosi, 2010).

No ano de 2002 já era possível identificar diferentes iniciativas efetivas de ensino de graduação em Saúde Pública no cenário internacional, especialmente em países considerados desenvolvidos. Tendo isso em vista, em setembro do mesmo ano, com o apoio do Ministério da Saúde (MS), com a participação da ABRASCO, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e universidades, foi realizado o I Seminário e Oficina de Trabalho “Graduação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades”, organizado pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/ UFBA) (Bosi, 2010).

No ano seguinte, a discussão ganha maior proporção, com a realização de um segundo evento, de atividade prévia do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, com o tema “É tempo de termos uma graduação em Saúde Coletiva?”. A audiência contou com a presença de 800 participantes (Bosi, 2010).

Já em 2008, após o Encontro Nacional sobre a Implantação do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, em Salvador, foi promovido pela UFBA com o apoio do MS e OPAS, o primeiro processo seletivo do vestibular para o curso de Saúde Coletiva (Bosi, 2010).

Mesmo com a institucionalização em universidades e o ganho percebido pela gestão nacional do SUS, não podemos afirmar que existe um consenso sobre a necessidade de uma graduação em Saúde Coletiva. Entretanto o curso segue se expandindo e trazendo sucesso entre a área de saúde pública, atualmente compondo a relação de cursos de graduação de 36 Universidades Federais do Brasil (Bosi 2010; MEC, 2023).

Recentemente o projeto de lei, de autoria do Deputado Alexandre Padilha (PL

1821/2021), que dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitário, com apresentação no dia 17 de maio de 2021, foi aprovado e assinado pelo atual presidente Luiz Inácio Lula da Silva, regulamentada através da Lei 14.725, de 16 de novembro de 2023.

O Curso de Graduação em Saúde Coletiva deve conter processos educativos referente aos processos de saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, a fim de trabalhar com a realidade epidemiológica, socioeconômica, cultural e profissional. Sua formação requer conhecimentos da ciência de forma integral e interdisciplinar (MEC, 2017).

A estrutura da formação acadêmica do Bacharel de Saúde Coletiva deve estar apoiada nas áreas de atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde, conforme o componente curricular apresentado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (MEC, 2017).

Atenção à saúde refere-se ao conjunto de ações e serviços que são ofertados para a população, conforme as suas necessidades de saúde, seu contexto social, econômico e cultural, levando em conta a autonomia dos indivíduos. A prestação desse serviço deve ir além da prestação da assistência clínica, incluindo a promoção e proteção à saúde (MEC, 2017).

Desse modo, é essencial que o profissional seja capacitado para investigar riscos de saúde, assim como execução e coordenação de planejamento em saúde, construção de diagnóstico situacional e habilidade de análise das informações, para disseminação e auxílio nas tomadas de decisão, com base em evidência e com as políticas de saúde (MEC, 2017).

A educação em saúde está relacionada ao conjunto de estímulos à aprendizagem individual e coletiva, sendo assim trabalhada sob a ótica da educação popular em saúde, buscando aproximar o pensamento científico da população. Espera-se que um sanitário tenha a habilidade de identificar as necessidades de aprendizagem, promovendo ações educativas, mas além disso, seja capaz de rastrear e qualificar as ações já realizadas, através do conhecimento científico (MEC, 2017).

Por fim, a gestão em saúde apoia-se em um processo técnico, político e social, associado à habilidade de compreender ações estratégicas para a construção de resultados positivos em saúde (MEC, 2017).

Tendo isso em vista, o sanitário deve ser capaz de identificar e registrar problemas e necessidades de saúde e propor intervenções com o apoio de políticas públicas em saúde e ter capacidade de organizar e planejar serviços e sistemas de saúde, assim como a gestão da informação e tecnologias, do mesmo modo a elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do plano de intervenção (MEC, 2017).

O Bacharel de Saúde Coletiva, ainda, deve compreender e avaliar os diferentes modelos de gestão em saúde, assim como, conhecer e aplicar ferramentas, programas e indicadores que visem à qualidade e à segurança dos usuários e dos serviços prestados; deve propor ações baseadas em evidências científicas, conforme determinantes socioculturais, econômicas e políticas; entender a legislação que rege as relações com os trabalhadores; avaliar as ações e serviços em saúde e selecionar, capacitar e gerenciar pessoas, visando à implantação e à otimização de projetos, processos e planos de ação (MEC, 2017).

4 OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Relatar a experiência de atuação de um bacharel em Saúde Coletiva na contribuição para a qualificação do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Descrever a vivência de um Bacharel em Saúde Coletiva na Estratégia de Saúde da Família;
- ✓ Relacionar as aptidões do Bacharel em Saúde Coletiva à atuação na ESF;
- ✓ Apontar as potencialidades e desafios para atuação do profissional na ESF.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, do tipo relato de experiência, com a finalidade de relatar acerca da experiência de um Bacharel de Saúde Coletiva e sua vivência em uma Gerência de Serviços da Atenção Primária do Distrito Federal, trabalhando em cima das potencialidades desta categoria na Estratégia de Saúde da Família. Além disso, foi realizada uma pesquisa teórica, do tipo análise documental, a fim de relacionar as diretrizes curriculares do Bacharel em Saúde Coletiva com a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, construindo assim seu escopo de atuação na APS.

A pesquisa qualitativa é um ferramenta utilizada para estudar fenômenos ou fatos relacionados às relações sociais em seus diversos ambientes, inclusive de trabalho profissional e acadêmico. Esse tipo de pesquisa oportuniza a compreensão dos fatos através da análise de seus acontecimentos, coleta de dados e sua dinâmica, de forma detalhada (Proetti, 2017).

O relato de experiência consiste em uma produção do conhecimento, no qual o conteúdo apresentado trata-se da descrição de um vivência acadêmica e/ou profissional, que tem por objetivo contribuir para disseminação do conhecimento e propagação da transformação social, no qual seu ponto central consiste na descrição da intervenção realizada (Mussi, 2021).

Vale mencionar que a análise documental foi essencial para o estudo, tendo em vista que a pesquisa documental caracteriza-se como uma ferramenta que possibilita fundamentar as afirmações dos pesquisadores, validando ou complementando as informações. Esse método também pode ser utilizado para produzir ou reelaborar conhecimentos, criando novas formas de compreender o objeto (Lise, 2018).

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A vivência foi realizada em uma Gerência de Serviços de Atenção Primária à Saúde de uma região de saúde do Distrito Federal, gerência responsável por três Unidades Básicas de Saúde Rurais autodenominadas como: UBS Canário; UBS Picapau e UBS Coruja. As unidades eram todas localizadas em Núcleos Rurais, entretanto possuem diversas particularidades.

Além disso, foi realizado análise documental de quatro documentos norteadores,

sendo eles: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (2017), Carteira de Serviços da Atenção Primária - Ministério da Saúde (2019), Carteira de Serviços de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Versão Profissional - Gestor (2017) e Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2022).

5.3 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa foi apresentada ao comitê de ética a partir da Plataforma Brasil e aprovado pelo parecer de número: 6.178.896. A partir de sua aprovação, foi realizada uma revisão da literatura sobre a temática, detalhando as competências profissionais do Bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Básica.

As reflexões acerca da experiência vivenciada se deram por meio da descrição e análise crítica dos diários de campo e apresentação dos instrumentos utilizados para realização dos trabalhos em uma Gerência de Serviços de Atenção Primária do Distrito Federal, muitos deles utilizados a partir de necessidades apresentadas na gestão da gerência onde foi vivenciada a experiência.

Os instrumentos serão inseridos como forma de disseminar um modelo de ferramentas de atuação do Bacharel de Saúde Coletiva, no qual serão apresentados os Procedimentos Operacionais Padrão, Painéis de Monitoramento e Boletins Epidemiológicos e fluxogramas construídos no processo de trabalho da residência.

A análise documental foi inserida no trabalho como forma de embasar os achados no relato de experiência. Para a análise dos documentos foi construída uma tabela relacional entre os quatro documentos, com o objetivo de identificar qual seria o escopo de atuação do Bacharel em Saúde Coletiva na Estratégia de Saúde da Família, com base na carteira de serviços já aprovada e reconhecida.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada sobre os documentos construídos durante a permanência em uma Gerência de Serviços de Atenção Primária do Distrito Federal, no qual serão analisados os diários de campo produzidos pela pesquisadora, painéis de monitoramento, fluxogramas e boletins epidemiológicos, elaborados durante o período de março de 2022 a fevereiro de 2023. Além disso, os achados serão confrontados com a revisão de literatura.

Na análise documental foi realizada a síntese, análise e interpretação crítica dos documentos a partir de uma matriz analítica, na qual foram elencadas categorias de análise com base nas competências do Bacharel de Saúde Coletiva, descrita nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (2017), as relacionando com as ações e serviços que compõem as Carteiras Serviços da Atenção Primária à Saúde.

6 DESENVOLVIMENTO

Os resultados do estudo serão apresentados juntamente com a discussão, no qual serão elencados por produtos construídos na experiência vivenciada da Residência de Gestão de Políticas Públicas em Saúde. Além disso, será retratado um pouco do território trabalhado, assim como a apresentação da análise documental realizada.

6.1 REFLEXÕES INICIAIS SOBRE A EXPERIÊNCIA

A estrutura do Programa de Residência em Gestão de Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo Fiocruz prevê a permanência do residente por um ano em uma Gerências de Serviços de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, auxiliando a gerência em seus processos de trabalho e acompanhando o cotidiano das Unidades Básicas de Saúde.

O cenário de campo aqui vivenciado foi em uma gerência que tinha responsabilidade por três UBS do DF, a gerência era localizada em um ambiente diferente das unidades, logo não havia possibilidade de estar presente diariamente nos estabelecimentos, gerando uma maior complexidade do que se diz respeito à gestão de saúde.

As enfermeiras nas três unidades atuavam como coordenadoras de equipe e para além dos atendimentos individuais eram responsáveis pela mediação de conflitos, organização e planejamento das reuniões de equipe semanais, identificação das necessidades de saúde da população, coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde, organização e responsabilidade sobre as salas de vacina, dentre outras atribuições.

Devido a esse distanciamento físico entre gerência e Unidades Básicas de Saúde, as coordenadoras tinham que atuar mais fortemente na gestão dos estabelecimentos, recorrendo a GSAP, quando necessário.

Considerando o contexto observado durante o período de permanência na Gerência de Serviços da Atenção Primária, foram desenvolvidos produtos estratégicos para atender às demandas de gestão das três unidades, contribuindo diretamente com a coordenação de cada UBS. Esses produtos englobam diagnóstico situacional, jornal arterial e informes epidemiológicos, painel e produtividade, fluxogramas e procedimentos operacionais padrões (POP).

6.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL - CONHEÇA MEU CENÁRIO DE CAMPO

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) vivenciadas nessa experiência tratam-se de

unidades que estão localizadas em ambiente rural com características particulares. A UBS Canário é cercada por grandes produtores, mas com vulnerabilidades muito aparentes. Mesmo em grandes fazendas ou produtores, é importante considerar os trabalhadores rurais, que muitas vezes se encontram nessas grandes produções, mas possuem condições de trabalho precárias, como o uso de agrotóxicos. Esse público muitas vezes reside em seus locais de trabalho e utilizam os serviços da UBS.

As UBS Pípiripau e Coruja são mais parecidas de território, não estão cercadas por grandes produtores, mas possuem grande porcentagem de trabalhadores vivendo em terras de seus empregadores, prestando serviços como caseiros de suas terras. Não é difícil encontrar pessoas vivendo de favor, com casas de apenas um cômodo ou residindo em locais muito distantes dos serviços de saúde, muitas vezes sem transporte para sua locomoção.

Para além das particularidades mencionadas acima, foi possível identificar atributos de grande relevância através de um diagnóstico situacional, realizado durante o período do cenário da residência, permitindo conhecer a população e o território a ser trabalhado, com o objetivo de facilitar a execução do trabalho sob a ótica das necessidades do campo. Esse diagnóstico foi aprimorado e trabalhado em todo ano de atuação da residência.

O painel foi construído através de dados coletados dos relatórios do PEC e-SUS, com última atualização no dia 22 de dezembro de 2022. A população cadastrada na UBS Canário é de 3.705 cadastros individuais, majoritariamente jovem e adulta, de cor parda/preta (82%), com o ensino médio completo e incompleto especialmente pela educação de jovens e adultos (EJA) (54%) e com apenas 8% da população com ensino superior, aperfeiçoamento, mestrado e/ou doutorado, dentre as pessoas que informaram seu nível de escolaridade.

A UBS Pípiripau possui 3.835 cadastros individuais, de população predominantemente jovem e adulta de cor preta/parda (83%), com o ensino médio completo e incompleto especialmente pela educação de jovens e adultos (EJA) (46%) e apenas 4% da população com ensino superior, aperfeiçoamento, mestrado e/ou doutorado.

Por fim a UBS Coruja possui uma população adstrita de 4.274 cadastros individuais, também prevalecendo uma população jovem e adulta, de cor preta/parda (74,1%), com o ensino médio completo e incompleto especialmente pela educação de jovens e adultos (EJA) (47%) e apenas 9% da população com ensino superior, aperfeiçoamento, mestrado e/ou doutorado.

Referente à situação de saúde autorreferida no cadastro, as 3 unidades apresentam uma grande porcentagem da população com hipertensão, pessoas com diabetes e que fazem uso de álcool. Um dado que chama atenção é a alta utilização de plantas medicinais pela população.

Quanto às condições de moradia, nos três territórios de abrangência das unidades, a maior porcentagem de abastecimento de água é através de poço/nascente, em duas das unidades a água de consumo é majoritariamente filtrada. Entretanto uma delas possui uma elevada porcentagem de água sem tratamento. A rede de esgoto é especialmente por fossa rudimentar e a destinação do lixo é realizada por coleta, mas existe uma porcentagem significativa de queima e enterro de resíduos.

O diagnóstico situacional é um método estratégico para identificação das necessidades da população, podendo preparar a equipe sobre as intervenções que deverão ser realizadas na assistência e promoção da saúde. Um estudo realizado em 2019 afirma que essa ferramenta permite identificar as necessidades da população, colaborando para um planejamento em saúde mais eficaz, demonstrando também a efetividade de suas ações (Barbosa, 2019).

Retoma-se que o sanitarista deve ser capaz de identificar e registrar problemas e necessidades de saúde e propor intervenções com o apoio de Políticas Públicas de Saúde (MEC, 2017). Esse diagnóstico realizado no cenário de prática permitiu minha aproximação com a realidade da população, afirmando o que era possível ser diagnosticado também nas vivências diárias e para além disso, permitindo atuar conforme as informações que os dados revelavam.

6.3 JORNAL ARTERIAL, RELATÓRIO DE ATIVIDADES E BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

O Jornal Arterial, assim denominado pela própria gerente da Gerência de Serviços da Atenção Primária do DF (GSAP-DF), do trabalho em questão, foi um projeto já idealizado e realizado pela mesma. A primeira edição do jornal tinha por objetivo divulgar e valorizar as atividades coletivas realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, assim como dicas de saúde e dados de atendimento da população. Porém sua realização foi se tornando inviável frente a tantas demandas da gerência.

Através da chegada da residência de gestão, a sua realização passou a ser possível e qualificada, contudo não perdendo a essência de sua idealização inicial. Desse modo, o jornal ganhou um novo design e contava com a divulgação das ações coletivas realizadas nas UBS, ou pela gerência, assim como dados epidemiológicos, de atendimento e ações coletivas (informes epidemiológicos).

O instrumento utilizado para coleta de dados das ações realizadas, tanto para controle, quanto para o jornal, se dava por apoio da ferramenta *Business Model Canva*, denominado

pela gerência de Planilha CANVA. Esse instrumento permite ao gestor uma visualização integral do processo de trabalho das instituições, demonstrando atores, organização e até mesmo as despesas envolvidas (Martins, 2019).

As ações eram descritas nas primeiras páginas do jornal, seguidas dos informes epidemiológicos, nos quais seus dados e informações eram extraídos pelo PEC E-sus, mensalmente, através dos relatórios de atendimentos. Os dados apresentados foram selecionados por serem considerados estratégicos para subsidiar a tomada de decisão baseada em evidência e qualificar o serviço prestado nas unidades.

As informações apresentadas eram: cadastros individuais e domiciliares realizados; número de atendimentos realizados por tipo de demanda; exames realizados; principais procedimentos; quantidade de testes rápidos; principais causas de atendimentos; vacinas; atividades coletivas e atendimentos odontológicos. Também eram incluídos os testes rápidos de covid e seus casos confirmados, no entanto essa informação era retirada do monitoramento diário dos casos nas unidades.

Desse modo, era possível monitorar como estava a realização de novos cadastros, visando sempre o aumento da cobertura da população, não desconsiderando a qualidade do cuidado. As unidades em questão já apresentavam uma alta cobertura e estavam cobrindo uma população maior do que a prevista pela PNAB. Mais tarde esses dados foram utilizados para subsidiar a solicitação de uma nova equipe, construída a partir de um diagnóstico situacional.

Os número de atendimento por tipo de demanda servia como um termômetro sobre o tipo de prestação do serviço, levando em conta que a Atenção Primária em Saúde deve buscar a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção, recuperação, prevenção da saúde, garantindo atendimento das demandas espontâneas e programáticas (Brasil, 2017a).

Exames, procedimentos, testes rápidos e principais causas de atendimento realizados são dados que permitiram diagnosticar as maiores demandas da população e identificar se a assistência prestada estava de acordo com a necessidade da população, qualificando a prestação de serviço da unidade. Através do monitoramento das principais causas de atendimento, foi possível constatar a necessidade de trabalhar a saúde mental da população, sendo o plano de intervenção o retorno das rodas de terapia, visto que perturbações depressivas estavam entre as principais causas de atendimento por mais de 3 meses consecutivos.

Vale mencionar que a Resolução nº 588 de 2018 que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) dispõe sobre a inserção da vigilância em saúde na Atenção

Primária à Saúde, a fim de assegurar a integralidade do cuidado (Brasil, 2018). Costa (2020), traz que a vigilância na APS configura-se como uma ferramenta fundamental para organização dos processos de trabalho, a partir da identificação dos seus problemas, auxiliando na definição de prioridades.

As atividades coletivas e reuniões de equipe também eram monitoradas através dos informes epidemiológicos do jornal, no qual era estratégico para identificar se todas essas ações coletivas, enviadas pelo canva, também estava inseridas no sistema institucional, assim como as reuniões de equipe, ferramenta essencial e prevista pela PNAB, para o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, garantido a readequação constante dos processos de trabalho (Brasil, 2017a).

Vale mencionar que, apesar do sistema e-SUS registrar a quantidade das ações coletivas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde, o sistema não permite a descrição da ação, desse modo não era possível demonstrar a dimensão da atividade realizada.

Os dados referentes aos casos de covid-19 eram monitorados diariamente nas UBS, na formulação do jornal o dado era consolidado e transformado em gráfico, com a finalidade de identificar a curva epidemiológica do agravo no território. A partir da vacinação e controle da pandemia, foi possível identificar a queda dos casos, no qual o gráfico de linhas acabou se tornando um pequeno quadro, informando apenas a quantidade de testes realizados.

Em vista disso, o Jornal Arterial acabou se tornando um grande aliado na gestão das Unidades Básicas de Saúde e para além disso, um grande divulgador e valorizador do trabalho prestado pelas Equipes de Saúde da Família, demonstrando as ações realizadas pelos seus profissionais de saúde. O jornal era elaborado, enviado e disseminado entre as UBS com periodicidade mensal.

Ainda vale mencionar que para além da Vigilância em Saúde, esse instrumento conversa diretamente com a Comunicação em Saúde (CS). Pimentel (2022) traz que a CS é algo que está intrínseco na prática de cuidado, tanto em consultas, como nas salas de espera, nos grupos, rodas de conversa e visitas domiciliares, mas para além disso se encontra no planejamento da execução dessas ações.

É importante destacar que a estratégia fortaleceu a inserção de dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde e principalmente as ações coletivas de promoção, prevenção e educação em saúde. Entretanto é importante mencionar que existiu uma resistência por parte de alguns profissionais, tendo em vista que a ferramenta permitiu a visualização de algumas fragilidades da unidade, que por vezes foi visto como uma ameaça, em vez de uma oportunidade.

6.4 PAINEL DE MONITORAMENTO DE PRODUTIVIDADE

O Prontuário Eletrônico utilizado na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, consiste no sistema PEC e-SUS APS, que além de possuir a funcionalidade de prontuário, funciona também como uma ferramenta estratégica de gerenciamento e organização das atividades da Unidade Básicas de Saúde, isso se deve à possibilidade de geração de relatórios referente ao cadastro de profissionais, envio e recebimento de dados clínicos, lista de atendimento e agenda profissional (Celluppi, 2021). O PEC e-SUS era utilizado no jornal para desenho do perfil epidemiológico, sendo também utilizado para o monitoramento de produtividade dos profissionais.

O monitoramento da produtividade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde surge da necessidade de identificar se os dados inseridos no e-SUS refletem a realidade dos serviços prestados na assistência em saúde, qualificando a representatividade do dado, assim como o diagnóstico da capacidade da UBS, levando em conta a oferta e a cobertura populacional.

O acompanhamento da produtividade por profissional auxiliou diretamente na avaliação de desempenho, que deve ser realizada anualmente com profissionais de saúde, incluindo a inserção de dados no e-sus, como um dos tópicos avaliados. Além disso, também foi utilizado para construção de um documento de justificativa para solicitação de nova equipe, como mencionado anteriormente, referente ao monitoramento de cadastros.

O painel foi construído com o apoio da ferramenta DataStudio, que consiste em um instrumento do Google, para visualização de dados através de relatório e painéis informativos personalizados (Oliveira, 2022). Na apresentação deste painel era possível visualizar a assistência prestada, por qual profissional e tipo de atendimento, conforme a categoria profissional por mês. Desse modo, sua atualização era feita mensalmente, mas os dados ficavam apenas internamente na gerência, não eram divulgados e disseminados.

A categoria médica, era possível visualizar a quantidade de atendimentos individuais, atendimentos e visitas territoriais e atividades coletivas; a enfermagem era possível quantificar, atendimentos individuais e territoriais, atividade coletiva, cadastro e vacinação e os ACS era possível mensurar atendimentos e visitas domiciliares, atividade coletiva, cadastro e procedimentos individualizados.

Desse modo, era possível constatar a produtividade de cada profissional, o maior tipo de atendimento realizado por categoria e relacionar com as necessidades de saúde da população. A apresentação e utilização desses dados resultaram em maior valorização da inserção dos dados no sistema, qualificando a informação do dado e conseqüentemente a

gestão das Unidades Básicas de Saúde.

É válido mencionar que como os dados eram utilizados apenas para controle e gestão interna da gerência, não houve desaprovação por parte dos profissionais, os mesmos só haviam acesso ao dado quando necessário e apenas da sua própria produtividade. O maior obstáculo encontrado para realização do painel era o próprio e-SUS, que por vezes a função de gerar relatório estava inoperante.

6.5 PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO E FLUXOGRAMA

As Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte do cenário prático desta residência, tratavam-se de UBS rurais, que não possuíam estruturas físicas padrões. Duas delas apresentavam espaços muito pequenos, que dificultam a circulação dos usuários e até mesmo dos profissionais de saúde. Outra já havia uma estrutura maior, entretanto apresentava o formato de uma casa, dificultando o controle da circulação dos usuários dentro da unidade.

Por isso, tornou-se necessário a construção de fluxogramas de acolhimento e estratificação de risco. Cada unidade possuía seu fluxo, conforme a singularidade de cada estabelecimento de saúde. Os fluxogramas consideravam o acolhimento com estratificação de risco e foram apresentados juntamente com educação permanente em saúde para os profissionais.

Essa ferramenta foi considerada essencial para organização dos processos de trabalho, visto que todos os profissionais estavam alinhados em qual seria o percurso dos usuários dentro da unidade, melhorando a circulação adequada dos mesmos e diminuindo as possíveis barreiras de acesso que eram causadas pela estrutura física das unidades.

Também causada pela estrutura física das unidades, existia uma dificuldade de controle da circulação e organização da dispensação de medicamentos nas farmácias, tendo em vista que as mesmas permaneciam dentro das unidades e uma delas não havia nem janela de dispensação, surgindo a necessidade de construção de fluxogramas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

O POP consiste em um documento que descreve cada passo sequencial para execução de um ação, que deverá ser realizada pelo profissional para garantir o resultado esperado da tarefa. Já o fluxograma, é outra ferramenta de gestão que representa as etapas do trabalho por meio de símbolos gráficos, facilitando sua análise (Viera, 2020; Almeida 2018).

Desse modo, foi construído um POP para melhor organização da dispensação dos medicamentos nas três unidades. O instrumento engloba o fluxo do usuário para obtenção de

seu medicamento, estratificado por usuários com condições crônicas ou não, reforçando a importância do profissional farmacêutico para além da dispersão, considerando a relevância do atendimento de orientação e acompanhamento dos sujeitos.

Além disso, foram construídos POP para solicitação de medicamentos, levando em consideração a situação epidemiológica, informações de consumo e demanda, até o recebimento do medicamento. Também foram elaborados procedimentos operacionais referente a controle de insumos, realização de inventário e estocagem e armazenamento de medicamentos.

Esses Procedimentos Operacionais Padrões foram elaborados tendo em vista que as três unidades dividiam o mesmo farmacêutico e precisavam de organização dos processos de trabalho para qualificação da oferta de serviços. Essa ferramenta auxiliou na chegada de novos farmacêuticos, apresentando os processos já estabelecidos nas unidades e os qualificando.

Os Procedimentos Operacionais Padrões, assim como os fluxogramas, estão diretamente relacionados à organização de pessoas e de serviços, apresentados nas Diretrizes Curriculares do Bacharel de Saúde Coletiva, tal qual a incorporação de tecnologias de informação (SES, 2022; MEC, 2017)

Visto que a utilização destas ferramentas foi majoritariamente utilizada na organização da Farmácia, vale mencionar que a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde da SES-DF prevê ações de solicitar, receber e programar medicamentos e produtos para saúde de acordo com o perfil epidemiológico e/ou consumo histórico da área de abrangência da unidade (Brasil, 2017b).

6.6 ANÁLISE DE ATUAÇÃO DO BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que a Atenção Primária à Saúde deve adotar estratégias de forma a garantir um amplo escopo de ações e serviços em saúde, atendendo às necessidades da população, visando a promoção e a prevenção de doenças e agravos, funcionando como ordenadora da rede de cuidado (Brasil, 2017a).

As ações e serviços da APS devem seguir padrões essenciais, que consistem em ações e procedimentos básicos, relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na APS e podem incluir padrões ampliados, que referem-se a ações e procedimentos estratégicos para alcançar uma prestação de serviços de mais alto padrão. Visando a garantia desse amplo escopo de ações, surge a necessidade de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à

Saúde (CaSAPS) (Brasil, 2017a; Brasil, 2019).

A CaSAPS é um documento que tem por finalidade orientar as ações e serviços de saúde, de modo a garantir a coordenação do cuidado e a ampliação do acesso, assim como diretrizes para o funcionamento das unidades de saúde. É uma ferramenta orientativa, que pode ser adequada pelo gestor municipal, tendo em conta as diferentes realidades encontradas nas regiões de saúde (Brasil, 2019).

As diretrizes curriculares de um curso de graduação são deliberadas pela Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE), a partir de propostas do Ministério da Educação (MEC). Essas diretrizes devem contemplar o perfil do profissional, suas competências e habilidades, habilitações, conteúdos curriculares e organização do curso (MEC, 2001).

Considerando esses dois documentos mencionados acima, é possível constatar atribuições de um Bacharel de Saúde Coletiva dentro da Atenção Primária à Saúde, justificando assim a necessidade desta categoria nas Unidades Básicas de Saúde.

Confrontando as competências do Bacharel em Saúde Coletiva, com a Carteira de Serviços da Atenção Primária - Ministério da Saúde (2019), Carteira de Serviços de Atenção Primária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Versão Profissional - Gestor (2017) e o Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2022), podemos fundamentar suas ações e serviços nas Unidades Básicas de Saúde e demonstrar seu potencial.

A competência do Bacharel de Saúde Coletiva que mais se relaciona com as carteiras de serviços de Atenção Primária e o Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária do DF da região Norte é a compreensão dos determinantes sociais da saúde, que considerem os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, psicológicos e comportamentais, ambientais, do processo saúde-doença do indivíduo e da população, diretamente relacionados com a Vigilância em Saúde (MEC, 2017; Brasil, 2017b; SES, 2022).

Dentre eles estão a análise epidemiológica da situação de saúde local; identificar, mapear e adotar medidas, em seu território de atuação, com relação a prováveis áreas de risco relativos ao controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos, em conjunto com a vigilância em saúde; vigilância do recém nascido/criança de risco/vulnerável; apoio, vigilância em saúde, promoção e prevenção de doenças crônicas e de deficiência; mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território e os fatores de risco à saúde relacionados ao trabalho; participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e

vulnerabilidades; implementar, monitorar e avaliar os indicadores de saúde na APS, dentre outros (Brasil, 2019; Brasil, 2017b; SES, 2022).

Essas ações estão diretamente relacionadas aos informes epidemiológicos contidos no Jornal Arterial, principalmente com os dados referente às principais causas de atendimento e serviços prestados pelas Unidades Básicas de Saúde. Vale mencionar que o acompanhamento rotineiro desses dados colabora significativamente na compreensão dos determinantes sociais em saúde da população do território.

A educação permanente e continuada em saúde é outra competência do Bacharel de Saúde Coletiva que mais se relaciona com os documentos mencionados anteriormente. Ela contém ações como: desenvolvimento de ações de promoção à saúde relacionadas ao reconhecimento étnico-racial, acolhimento e respeito à diversidade religiosa, acolhimento e respeito à diversidade sexual, estratégias que contribuam para a promoção da convivência pacífica e respeitosa e atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários; atividades educativas; articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada; propor, coordenar, ministrar e participar dos programas de educação permanente, cursos, seminários e outros, de acordo com as necessidades do serviço, dentre outros (Brasil, 2019; Brasil, 2017b; SES, 2022).

O monitoramento das ações coletivas, com o apoio da Planilha CANVA, consistia em um método de fortalecimento das ações de promoção, prevenção e educação em saúde, apesar de não se tratar da educação permanente e continuada em si, demonstra a valorização da atividade para a gestão, sendo utilizada como motivador para a equipe. Através desse acompanhamento tornou-se possível participar, propor e coordenar sobre as ações em questão.

Outras duas competências se destacam, sendo elas, a organização e gestão de pessoas, de serviços e do sistema de saúde e as ações intersetoriais e sociais, norteadas pelos princípios éticos e do Sistema Único de Saúde. A organização e gestão de pessoas se relaciona, majoritariamente, com Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária do DF da região Norte, reforçando a função de gestão da categoria de enfermagem na Região Norte do Distrito Federal (Brasil, 2019; Brasil, 2017b; SES, 2022).

É válido evidenciar que Procedimentos Operacionais Padrões e Fluxogramas, são ferramentas diretamente relacionadas com a gestão de pessoas e serviços de saúde, mecanismos que podem ser utilizados conforme as necessidades da gestão, como foi realizado a vivência da gerência de serviços em questão, conversando então com o próprio Regimento Interno de Enfermagem do distrito.

Competências como: tomada de decisão, com base na análise crítica e contextualizada

das evidências científicas, da escuta ativa do indivíduo, da família e da comunidade; incorporação de tecnologias de informação e comunicação em suas diferentes formas, com aplicabilidade nas relações interpessoais, pautadas pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar do indivíduo, da família e da comunidade e conhecer a legislação que rege as relações com os trabalhadores, não estão diretamente mencionados nos documentos analisados, mas podemos considerar aspectos importantes de atuação na APS, principalmente na gestão dos serviços (MEC, 2017).

Baseando-se na análise desses quatro documentos, é possível constatar que existe um vasto escopo de atuação para o Bacharel de Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde em diversas dimensões da gestão. A análise documental apontou uma importante aproximação entre a atuação desse profissional e o Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária do DF da região Norte, local de atuação do trabalho. Além disso, foi possível identificar ações realizadas na vivência da residência na análise documental realizada, comprovando a possibilidade de atuação do profissional. É possível conferir a análise relacional completa no anexo E.

7 CONCLUSÃO

A minha presença enquanto Bacharel de Saúde Coletiva nas Unidades Básicas de Saúde vivenciadas nesse campo de residência, garantiu a realização de serviços estratégicos para gestão adequada dos serviços de saúde, principalmente no fortalecimento da vigilância em saúde, promoção, educação da saúde e gestão da saúde. Serviços que, por vezes, não eram possíveis de serem realizados devido à alta demanda e múltiplas atribuições dos profissionais já inseridos nas equipes.

A qualificação dos processos de trabalho, assim como, monitoramento, avaliação e educação permanente em saúde podem ser considerados os pontos altos da atuação do sanitarista da Atenção Primária à Saúde.

Vale mencionar que essa experiência foi vivenciada em uma Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde, na qual o Bacharel de Saúde Coletiva não estava inserido de fato nas Equipes de Saúde da Família, porém sua atuação foi possível tendo em conta que se tratavam de apenas 1 equipe por UBS. Acredito que para efetividade da atuação de um sanitarista na APS, em unidades de grande porte, seria necessário a inserção do profissional de fato nas Equipes de Estratégia da Família, a fim de que consiga contribuir com efetividade e potencialidade de atuação.

Também foi possível elencar o escopo de atuação do Bacharel em Saúde Coletiva na Atenção Primária à Saúde, através da análise documental, comprovando que existe espaço de atuação para este profissional. Entretanto, o reconhecimento pleno da sua inserção no serviço ainda é uma luta histórica em andamento. Esse trabalho teve como foco a apresentação e fortalecimento do Bacharel em Saúde Coletiva, entretanto é válido reforçar que outros sanitaristas especialistas, formados por Residências ou especializações em Gestão de Políticas Públicas, saúde coletiva e afins também se configuram estratégicos para qualificação da gestão dos serviços de Saúde da Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- DE ALMEIDA, Lidiane Peixoto et al. Educação permanente em saúde e o procedimento operacional padrão: pesquisa convergente assistencial. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 10, n. 2, p. 127-131, 2018.
- BARBOSA, Rafaela da Silva Coelho et al. Diagnóstico situacional: ferramenta para o planejamento de ações em fisioterapia na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 719-729, 2019.
- BARBOZA, Nilton Anderson Santos et al. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2029-2038, 2010.
- BRASIL. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, Versão Profissional - Gestor, Brasília. 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf.
- BRASIL. Portaria 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). Brasília: Ministério da Saúde, [2017b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- BRASIL. Resolução 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília: Conselho Nacional de Saúde [2018]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, v. 13, p. 469-478, 1997.
- CELUPPI, Ianka Cristina et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2023-2034, 2021.
- CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2031-2041, 2019.
- COSTA, Ilka Lorena de Oliveira Farias et al. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 53, p. e3622-e3622, 2020.

LISE, Fernanda et al. Etapas da construção científica: da curiosidade acadêmica à publicação dos resultados. 2018.

DA LUZ, Larissa Djanilda Parra et al. Atuação dos bacharéis em saúde coletiva na atenção primária à saúde em município de fronteira. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 4, n. 1, p. 77-90, 2021.

MARTINS, Humberto Falcão; MOTA, João Paulo; MARINI, Caio. Modelos de negócio na esfera pública: o modelo canvas de governança pública. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 17, p. 49-67, 2019.

MEC, Ministério da Educação e da Cultura. **Ministério da Educação e da Cultura**. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MEC, Ministério da Educação e da Cultura. **Conselho Nacional de Educação**. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2023.

MEC, Ministério da Educação. **Conselho Nacional da Educação**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. Processo 23001.000195/2016-59, 2017. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>. Acesso em: 25 ago, 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista práxis educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

OLIVEIRA, Rodrigo Balest Pinto de. Estudo sobre o uso de ferramentas de inteligência de negócios para análise de dados abertos da área da saúde. 2022.

OLIVEIRA, Viana Esmeraldo, Geordany Rose et al. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia de saúde da família: A visão dos trabalhadores da saúde. **Revista de Atenção Primária a Saude**, v. 20, n. 1, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva Silva; PINTO, Isabela CM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. ág. 13-35, 2013.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen-ISSN: 2447-8717**, v. 2, n. 4, 2017.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019.

SANTOS, Liliana. Educação e trabalho na Saúde Coletiva brasileira: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva nos cenários nacional e local. 2015.

SANTOS SILVA, Camila Tahis et al. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, 2021.

SILVEIRA CHAZAN, Cassiane Prestes; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. Avaliação da atenção primária em Sapucaia do Sul: comparação entre o modelo tradicional e a Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 98, 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, SES/DF. **Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: manual GSAP. Brasília**, out 2021. Disponível em:
https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/MANUAL_DE_GERENCIAMENTO_LOCAL_DA_APS_DF.pdf.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, SES/DF. **Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2022. Disponível em:
https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Regimento+Interno+Enfermagem+na+APS+-+NORTE_2023.docx.pdf/4d442978-e883-e547-d686-9c2d3d73d2af?t=1679678452046.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 666-680, 2021.

VIEIRA, Everton Luiz. Proposta de melhoria no layout de um laboratório de análises clínicas utilizando o fluxograma de processo e o diagrama de spaghetti. **The Journal of Engineering and Exact Sciences**, v. 6, n. 1, p. 0023-0028, 2020.

ZACHARIAS, Mariana Oliveira; DE OLIVEIRA, Stefan Vilges; SOARES, Larissa Silva. Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma Unidade Básica de Saúde Tradicional. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 305-313, 2020.

ANEXOS

ANEXO A – Diagnóstico situacional das UBS- produto produzido durante o período da residência



Painel de Monitoramento

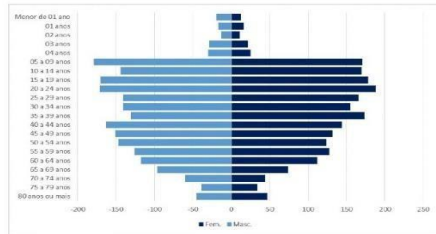
INFORMAÇÕES SOCIDEMOGRÁFICAS

Gerência de Serviços da Atenção Primária

Unidade Básica de Saúde

Última atualização: 16 de outubro de 2022

Pirâmide etária,



Nível de escolaridade

Descrição	%
Ensino fundamental completo e incompleto, especial e educação de jovens e adultos (EJA)	47
Ensino médio e ensino médio na modalidade especial e EJA	22
Ensino superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado	9
Abrange creche, pré-escola, classe de alfabetização e alfabetização para adultos	2

Nota: A Renda domiciliar familiar é um dado subnotificado do sistema de informação e-SUS, sendo 79% das fichas cadastrais sem a informação.

Cadastros individuais e domiciliares, por microárea

Microárea	Cadastro individual	Cadastro Domiciliares
	4.274	1.526
	1.207	398
	709	274
	495	190
	457	158
	439	154
	366	142
	314	159
	149	51

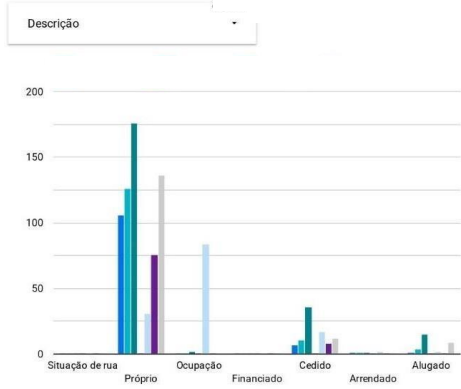
População cadastrada, segundo raça/cor, da

Microárea	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
	689	403	2.489	117	0
	219	85	847	30	0
	139	19	316	7	0
	123	95	219	20	0
	123	95	219	20	0
	107	35	341	12	0
	98	47	151	18	0
	63	24	268	9	0
	17	3	128	1	0

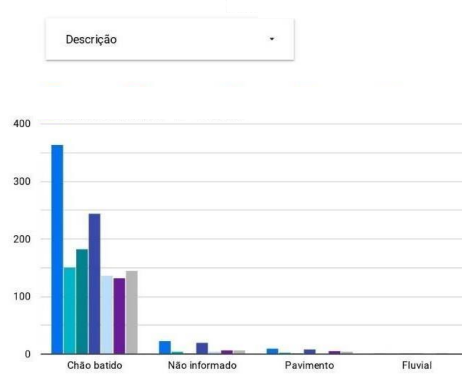
Situação de saúde segundo informações autorreferidas no cadastro dos usuários da UBS

Situação									Total
Hipertensos	39	66	84	19	52	67	50	135	508
Fumante	31	51	49	7	46	40	25	114	363
Faz uso de álcool	28	29	64	0	30	46	56	123	376
Diabéticos	11	20	24	4	10	17	22	47	155
Domiciliado	4	3	2	0	0	3	0	5	17
Gestante	4	3	6	4	2	8	3	20	50
Acamados	4	2	0	0	0	1	0	0	7
Teve internação nos últimos 12 meses?	4	4	7	4	26	17	9	26	97
Faz uso de outras drogas	3	2	1	1	3	3	0	10	23
Tem ou teve câncer	2	3	2	2	4	5	0	9	27
Casos Confirmados de Hanseníase	1	0	1	0	0	0	1	0	3
Teve AVC / derrame	1	11	8	2	11	7	1	9	50
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental	1	3	1	8	17	25	1	24	80

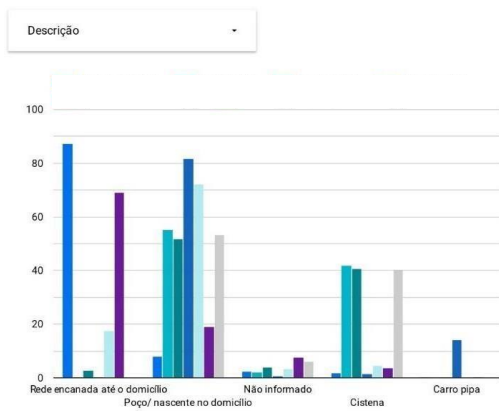
Condições de moradia, segundo posse de terra por microárea da UBS 17 -Jardim Morumbi,



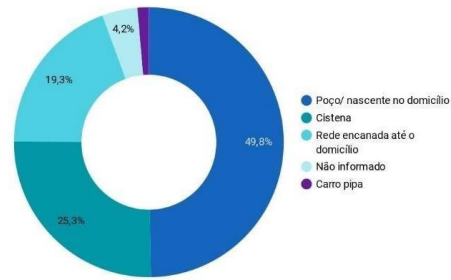
Condições de moradia, segundo tipo de acesso por microárea da UBS 17 -Jardim Morumbi,



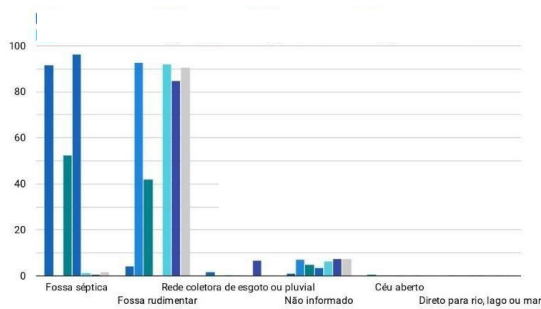
Condições de moradia, segundo % de abastecimento de água por microárea da UBS 17 -



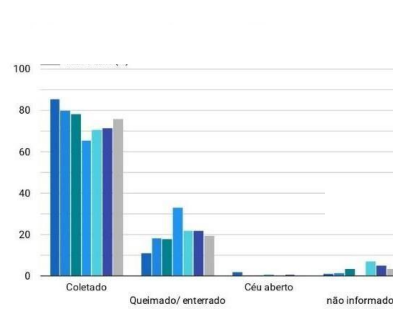
Condições de moradia, segundo água para consumo da UBS 17 -Jardim Morumbi, 2022



Condições de moradia, segundo % de rede de esgoto UBS 17 -Jardim Morumbi, 2022



Condições de moradia, segundo % por tipo de coleta de lixo UBS 17 -Jardim Morumbi, 2022



Fonte: Elaboração Própria

ANEXO B – Jornal Arterial - produto produzido durante o período da residência



Unidade Básica de Saúde

Janeiro Roxo: Prevenção de hanseníase

Inserir fotos da ação

Inserir fotos da ação

Inserir fotos da ação

Inserir fotos da ação

Inserir fotos da ação

Inserir fotos da ação



Vacinas realizadas

A UBS ... aplicou um total de 149 vacinas de rotina, a vacina de Covid-19 foi a mais aplicada, com 32,2% do total e seguida do imunizante de febre amarela e VARC - Varicela (6,7%).

DTP - Triplice bacteriana, Penta - DTP / HB / Hib e VARC - Varicela, também estiveram entre as mais aplicadas.

Imunobiológico	Quantidade
dT - Dupla adulto	4
DTP - Triplice bacteriana	9
dTpa adulto - Triplice bacteriana acelular (adulto) - dTpa	2
FA - Febre amarela	10
HAped - Hepatite A Pediátrica	4
HB - Hepatite B	7
HPV Quadri - HPV Quadrivalente	4
MenACWY - Meningocócica ACWY	3
Men Conj C - Meningocócica conjugada C	6
Penta - DTP / HB / Hib	9
Pnc10V - Pneumocócica 10V	7
SCR - Triplice viral	8
VARC - Varicela (atenuada)	9
VIP - Poliomielite inativada	10
VOP - Poliomielite oral (Bivalente)	5
VRH - Vacina rotavírus humano	4
Covid-19	48
Total	149

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Atendimentos odontológico

A UBS ... realizou 140 atendimentos odontológico, com um aumento de 35% dos atendimentos em relação ao mês anterior.

Dos 140 atendimentos, 50,7% foram escutas iniciais, 33,8% de demanda espontânea, foram realizadas apenas 5 consultas agendadas e houve consulta de 9 gestantes.

Atendimentos odontológicos realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
Consulta agenda	5	3,6
Consulta no dia	47	33,6
Escuta inicial	71	50,7
Atendimento de urgência	17	12,1
Atendimento de gestantes	9	6,4
Total	140	-

Principais atendimentos odontológicos

Os principais atendimentos odontológicos realizados pela Equipe de Saúde Bucal foi: doença dos dentes/gengivas (49,3%), sinais/sintomas dos dentes/gengivas (22,1%) e exame dentário (12,1%). Foram fornecidas escovas dentárias, creme dental e fio dental para 32,9% dos pacientes atendidos.

Principais causas de atendimento da Equipe de Saúde Bucal da Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
D82 - doença dos dentes/gengivas	69	49,3
D19 - sinais/sintomas dos dentes/gengivas	31	22,1
Z012 - exame dentário	17	12,1
K081 - perda de dentes devida a acidente, extração ou a doenças periodontais localizadas	10	7,1
Total	140	-

Fornecimento de materiais de higiene bucal

Escova dental	46	46,0
Creme dental	46	46,0
Fio dental	46	46,0
Total	100	-

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Atendimentos de Covid-19

A UBS ... realizou 20 testes de covid-19 e apresentou uma positividade de 5,0% dentre as testagens realizadas, 32,5% menor que no mês anterior. Houve uma baixa considerável na realização de testes e de casos positivos de covid-19.

Total de teste de COVID-19 realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023			
Semana Epidemiológica	Teste realizados	Positivos	%
SE 1	4	0	0,0
SE 2	8	1	12,5
SE 3	1	0	0,0
SE 4	7	0	0,0
SE 5	0	0	0,0
Total	20	1	5,0

Fonte: Elaboração própria, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Informes Epidemiológicos

Cadastros realizados

A Unidade Básica de Saúde ... realizou um total de 146 cadastros e atualizações, destes 76,7% de atualizações de cadastros e 8,5% de cadastros individuais. Cadastros e atualizações domiciliar e territorial foram os menos realizados.

Cadastro e atualização de cadastro realizado na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
Cadastro individual	13	8,9
Atualização de cadastros	112	76,7
Cadastro domiciliar e territorial	11	7,5
Atualização domiciliar e territorial	10	6,8
Total	146	100,0

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 02 de fevereiro de 2023.

Atendimentos realizados

A Unidade Básica de Saúde ... realizou um total de 326 atendimentos e escutas iniciais, as demandas espontâneas representando 72,4% dos atendimentos, enquanto as demandas programadas apresentaram 27,6%, as consultas agendadas aumentaram 7,8%.

Exames realizados

A Unidade Básica de Saúde ... solicitou um total de 339 exames laboratoriais e avaliou 145 dentre os solicitados, ou seja 42,8%. Os exames que foram mais avaliados foram: Hemograma (15,9%), seguido da glicemia com 12,4% e por fim urocultura com 11,7%. Houve um aumento na avaliação dos exames de 21,9%, comparado ao mês anterior.

Exames realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade Avaliada	Quantidade Solicitada
Colesterol total	12	42
Creatinina	13	43
EGAS / EOU	16	21
Eletrcardiograma	1	4
Eletrforese de hemoglobina	0	0
Espirometria	0	1
Exame de escarro	0	0
Glicemia	18	46
HDL	10	27
Hemoglobina glicada	14	44
Hemograma	23	56
Hemograma	9	27
Retinografia / Fundo de olho com oftalmologista	0	0
Sorologia de sífilis (VDRL)	0	1
Sorologia para HIV	0	0
Sorologia para dengue	0	0
Teste de gravidez	1	1
Teste indireto de aglutinação humana (TIA)	3	4
Ultrassonografia obstétrica	8	6
Urocultura	17	14
Total	145	339

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Qta. de atendimentos por classificação de demanda, realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023



Principais Procedimentos

A UBS ... realizou 1.113 procedimentos, dentre eles os mais realizados foram: avaliação antropométrica (27,1%), seguido de aferição da pressão arterial (26,6%) e consulta médica em atenção primária (13,9%).

Principais procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
Avaliação antropométrica	302	27,1
Aferição de pressão arterial	296	26,6
Consulta médica em atenção primária	155	13,9
Consulta de profissionais de nível superior na atenção primária (exceto médico)	134	12,0
Coleta de material para exame laboratorial	31	2,8
Total	1113	100

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Em relação aos testes rápidos, foram realizados um total de 18 testes, sendo os testes de Hepatite C os mais realizados com 44,4%, seguido do teste de sífilis (38,9%) e por fim os testes de HIV (11,1%).

Procedimentos: Testes Rápidos realizados na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
De gravidez	1	5,6
Para HIV	2	11,1
Para hepatite C	8	44,4
Para sífilis	7	38,9
Total	18	100

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Principais atendimentos

A UBS ... realizou 326 atendimentos, dessas consultas as principais causas de atendimento foram: medicina preventiva/manutenção da saúde (16,9%), seguido de hipertensão sem complicações com 15,6% e hipertensão essencial (13,8%). Hipertensão sem complicação está entre os principais atendimentos pelo sétimo mês consecutivo.

Principais causas de atendimento na Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	%
ASB - medicina preventiva/manutenção da saúde	55	16,9
K85 - hipertensão sem complicações	51	15,6
I10 - hipertensão essencial (primária)	45	13,8
W78 - gravidez	28	8,6
Z34 - supervisão de gravidez normal	24	7,4
Total	326	100,0

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

Atividades coletivas

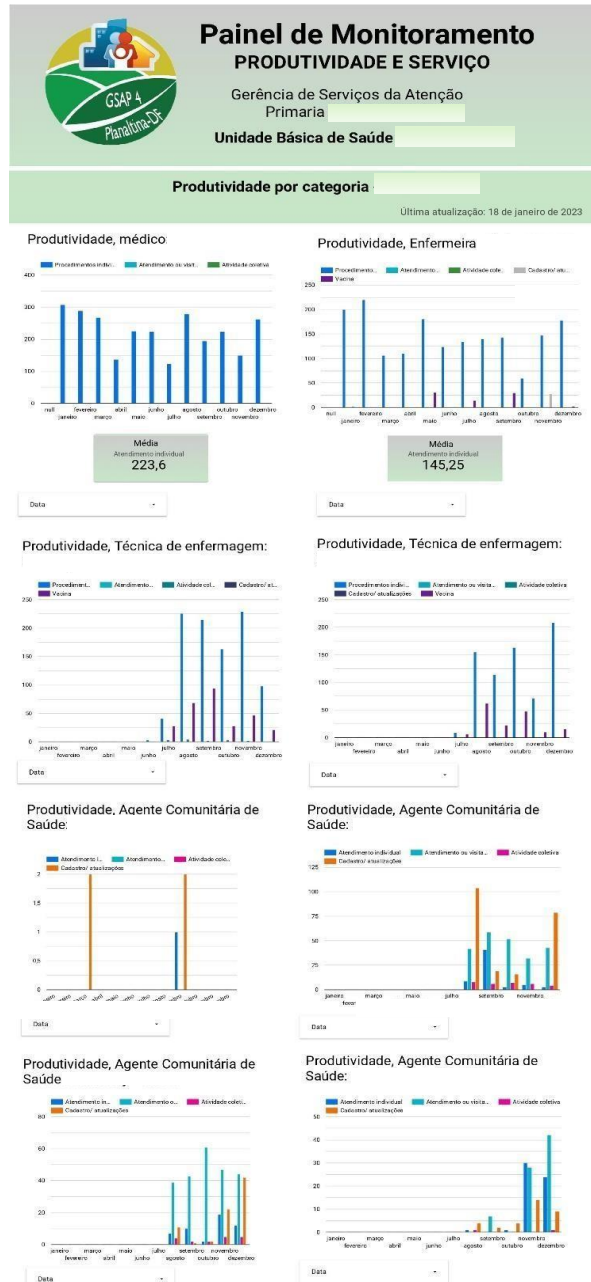
Segundo relatório do e-SUS foram realizadas um total de 5 reuniões de equipe durante o mês, 2 ações de educação em saúde e 2 mobilizações sociais.

Atividades coletivas realizadas pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde - janeiro de 2023		
Descrição	Quantidade	
Reunião de equipe	5	
Reunião com outras equipes de saúde	0	
Reunião intersectoral / Conselho local de saúde / Controle social	0	
Educação em saúde	2	
Atendimento em grupo	1	
Avaliação / Procedimento coletivo	0	
Mobilização social	2	
Total	10	

Fonte: Relatório e-SUS, última atualização 2 de fevereiro de 2023.

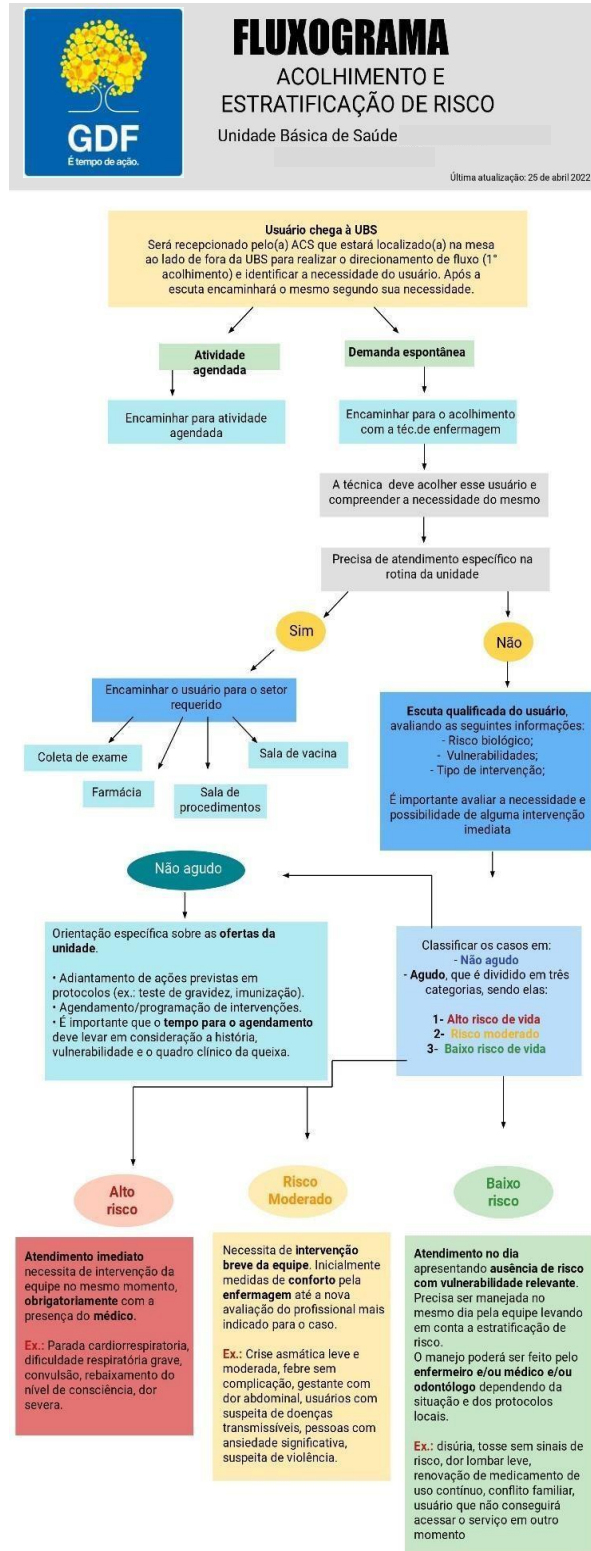
Fonte: Elaboração Própria

ANEXO C – Painel de produtividade, produto produzido durante o período da residência



Fonte: Elaboração Própria

ANEXO D – Fluxograma de acolhimento e estratificação de risco produzido durante o período da residência



Fonte: Elaboração Própria

ANEXO E – Análise documental

Competência do Bacharel em Saúde Coletiva	Carteira de Serviços da Atenção Primária - MS	Carteira e Serviços da Atenção Primária - SES-DF	Regimento Interno de Enfermagem da Atenção Primária do DF da região Norte	Nº de ações	
Compreensão dos determinantes sociais da saúde que considerem os fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, psicológicos e comportamentais, ambientais, do processo saúde-doença do indivíduo e da população	Análise epidemiológica da situação de saúde local.	Vigilância do recém nascido/criança de risco/vulnerável	Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades	30	
		Apoio, vigilância em saúde, promoção e prevenção de doenças crônicas e de deficiência	Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Primária vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise situação de saúde		
	Vigilância do recém-nascido de risco/vulnerável tendo por base os registros e informes oferecidos pelas maternidades	Prevenção, identificação e acompanhamento das DST, HIV/AIDS e hepatites virais	Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local		
		Análise da situação vacinal	Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Primária vigente para registro das ações de saúde na Atenção Primária, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde		
	Notificação das doenças de notificação compulsória e ações de vigilância em saúde do adulto, do idoso, da criança e do adolescente em conjunto com os	Prevenção da morbimortalidade	Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local		
		Análise da situação vacinal no pré-natal	Implementar, monitorar e avaliar os indicadores de saúde na APS		

	serviços de vigilância em saúde			
	Avaliação e monitoramento da situação vacinal e busca ativa de faltosos.	Mapeamento das atividades produtivas desenvolvidas no território e os fatores de risco à saúde relacionados ao trabalho	Acompanhar os dados da cobertura vacinal da região de saúde	
	Identificar, mapear e adotar medidas, em seu território de atuação, com relação a prováveis áreas de risco relativos ao controle de vetores, reservatórios e animais peçonhentos, em conjunto com a vigilância em saúde.	Realizar o monitoramento rápido de cobertura vacinal na área de abrangência logo após a campanha de vacinação	Realizar diagnóstico situacional da comunidade do seu território	
		Identificar especificidades étnicas raciais em sua área de abrangência		
	Discussão e acompanhamento dos casos de violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em parceria com outros setores	Identificar e promover o acesso da população indígena e cigana que vive nos territórios urbanos e rurais do DF aos serviços de saúde		
		Análise de informações epidemiológicas estratégicas.		
		Monitoramento e repasse de informações do evento aos parceiros envolvidos na resposta.		
		Apoio nas ações de resposta coordenada em epidemiologia de campo		

		Busca ativa de novos casos de DNC		
		Detecção oportuna de possíveis eventos de saúde pública.		
		Rastreamento de HAS		
Organização e gestão de pessoas, de serviços e do sistema de saúde		Solicitar medicamentos e produtos para saúde	Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho	11
			Promover e/ou participar de espaços colegiados para elaboração, implementação e revisão de POP, protocolos e fluxos assistenciais na rede de atenção	
		Receber medicamentos e produtos para saúde	Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS	
			Utilizar, aplicar e divulgar os protocolos, notas técnicas, manuais, guias assistenciais e outros documentos norteadores da SES/DF na unidade	
	Programar medicamentos e produtos para saúde	Cumprir e fazer cumprir normas, rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Instituição		
			Apoiar as ações que promovam o bom relacionamento entre os membros das equipes de Estratégia Saúde da Família	

			Divulgar os protocolos, notas técnicas, manuais e guias assistenciais e outros documentos norteadores da SES/DF na unidade	
Programas e indicadores de qualidade e segurança dos serviços			Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Primária, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Primária	
Ações intersetoriais e sociais, norteadas pelos princípios éticos e do Sistema Único de Saúde - SUS	Identificar e acompanhar adultos, idosos, crianças e adolescentes inscritos no Programa Bolsa Família ou outros programas de assistência social ou benefícios sociais.	Identificação e acompanhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa	Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais	11
	Utilização de referência e contrarreferência como ferramentas para o compartilhamento do cuidado com os demais serviços da rede de atenção, bem como os serviços de apoio assistencial, como o Telessaúde.	Assistência Integral a família beneficiária do bolsa família	Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Primária e no mapa de acompanhamento de programas de transferência de renda e/ou outros programas sociais equivalentes, às condicionalidades de saúde das famílias beneficiária	
		Identificar e encaminhar famílias em situação de vulnerabilidade e risco social - Bolsa Família		
		Apoiar e orientar as pessoas com deficiências ou seus cuidadores com		

		relação ao apoio social		
		Acompanhar, avaliar, aperfeiçoar e publicizar os instrumentais técnico-operativos do serviço social no âmbito da APS		
		Elaborar o projeto técnico-interventivo do Serviço Social		
		Manejo frente ao trabalho infantil		
Atuação profissional, articulada com as políticas públicas e o desenvolvimento científico e tecnológico, para atender às necessidades sociais			Participar do planejamento e implementação da política de saúde em nível local e regional	3
			Participar de reuniões em nível local, regional e central para análise do desenvolvimento das ações e políticas de saúde	
			Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração	
A educação permanente e continuada	Oferta de práticas integrativas e complementares no cuidado integral do adulto, do idoso, da criança e do adolescente.	Realizar ações de prevenção ao racismo institucional	Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada	19
		Prevenção de acidentes na infância	Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público	

	Estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, controle do álcool, tabaco e outras drogas, entre outros.	Atividade Educativa	Propor, coordenar, ministrar e participar dos programas de educação permanente, cursos, seminários e outros, de acordo com as necessidades do serviço
		Vigilância do óbito fetal infantil	
	Promoção, aconselhamento e cuidado integral à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes: orientação individual e em grupos de métodos contraceptivos; gestão de risco; oferta e dispensa de insumos de prevenção e testes rápidos.	Atividades educativas coletivas para adolescentes	
		Prevenção do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência	
	Desenvolvimento de ações de promoção à saúde relacionadas ao reconhecimento étnico-racial, acolhimento e respeito à diversidade religiosa, acolhimento e respeito à diversidade sexual, estratégias que contribuam para a promoção da convivência pacífica e respeitosa e atividades que fortaleçam vínculos familiares e comunitários	Orientação dos trabalhadores sobre prevenção de riscos e perigos relacionados ao trabalho.	
		Promoção de ações preventivas de deficiências	
		Atividades educativas com foco na orientação sexual	
		Informação, educação e comunicação em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), agravos e eventos relacionados a	

		acidentes e violência.		
		Realizar busca ativa de casos relacionados a zoonoses e notificar os casos suspeitos		
		Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes		
Conhecer e compreender as políticas públicas de saúde, aplicando-as de forma articulada nas diferentes instâncias			Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde	1
Conhecer e compreender a organização dos serviços e sistema de saúde			Prever nos fluxos da Rede de Atenção à Saúde entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas	4
			Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência)	
			Colaborar com a supervisão e/ou gerência na execução de medidas administrativas em casos de elogios, penalidades ou remanejamento de pessoal de enfermagem	
			Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Primária, participando da definição de fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde	

Conhecer e compreender a gestão da informação e de suas tecnologias			Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Primária e de Vigilância à Saúde	1
Conhecer e aplicar ferramentas, programas e indicadores, que visem à qualidade e à segurança dos serviços prestados;			Orientar e apoiar tecnicamente os gerentes e supervisores de serviços da Atenção Primária à Saúde no planejamento e programação das atividades a serem desenvolvidas, com base no diagnóstico local, indicadores de saúde e diretrizes vigentes	2
			Realizar busca ativa, notificar e monitorar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local	
Estabelecer e avaliar planos de intervenção e processos de trabalho			Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde	3
			Participar do planejamento, gerenciamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas na região de saúde	
			Participar do processo de avaliação das atividades programadas da APS, por meio da análise dos indicadores do Acordo de Gestão Local (AGL) e do Acordo de Gestão Regional (AGR) e do diagnóstico da saúde da comunidade dos seus respectivos territórios	
Número de ações	12	38	35	85

Fonte: Elaborado com base em Brasil, (2017b), Brasil (2019), MEC (2017), Brasil (2022).