



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Seridon Lanna de Miranda

Mais saúde e menos custos: planejando a atenção à  
saúde a partir dos indicadores epidemiológicos e  
sanitários da comunidade

Florianópolis, Março de 2023



Seridon Lanna de Miranda

Mais saúde e menos custos: planejando a atenção à saúde a partir dos indicadores epidemiológicos e sanitários da comunidade

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Deise Warmling  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Seridon Lanna de Miranda

## Mais saúde e menos custos: planejando a atenção à saúde a partir dos indicadores epidemiológicos e sanitários da comunidade

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Deise Warmling**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

As instituições públicas de saúde no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica, devem planejar seus serviços a partir das necessidades de saúde determinadas epidemiológica e sanitariamente em seus territórios visando atendê-las e implantar estes serviços através de uma estratégia denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Iniciamos este projeto questionando-nos se os serviços prestados pela Unidade de Saúde na qual desenvolvemos nosso trabalho são planejados a partir dos indicadores epidemiológicos e sanitários de seu território de abrangência e se são implementados via ESF. Após analisarmos os indicadores socioeconômico-cultural, epidemiológico e de vigilância sanitária desse território; identificarmos as principais queixas e agravos atendidos pelo serviço; o perfil da população atendida e avaliarmos a estrutura de funcionamento da Unidade (estrutura física, recursos físicos, recursos humanos, habilitação profissional, estrutura hierárquica, processo de trabalho da unidade, processo de trabalho do serviço médico e planejamento da estratégia de trabalho pela equipe de ESF) concluímos que embora os serviços sejam prestados sob o modelo estratégico da Estratégia de Saúde da Família eles não são planejados a partir dos indicadores epidemiológicos e sanitários do território abrangido e não priorizam o atendimento a estas necessidades, mas sim às queixas dos indivíduos que acessam a Unidade, afastando-se do que preconiza a Lei. Em função deste problema e visando superá-lo propusemos uma operacionalização de planejamento dos serviços de saúde ofertados pela Unidade a partir das demandas de saúde epidemiológica e sanitariamente identificadas em seu território pela equipe de ESF. Utilizamos para tanto o referencial metodológico do Planejamento Estratégico Situacional. Esperamos desta forma, apoiados nos paradigmas norteadores da criação da Medicina Comunitária, que as demandas de saúde predominantes na região sejam contempladas através de ações em saúde programadas e regularmente avaliadas em termos de seus resultados e custos com possibilidade de projeção e controle adequado destes custos pela municipalidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Diagnóstico da Situação de Saúde, Medicina de Família e Comunidade, Planejamento em Saúde Comunitária, Políticas Públicas de Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	25
2.1	Objetivo geral . . . . .	25
2.2	Objetivos Específicos . . . . .	25
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	27
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	41
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	51
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	53



# 1 Introdução

“Se planejar é sinônimo de conduzir conscientemente, não existirá então alternativa ao planejamento. Ou planejamos ou somos escravos da circunstância. Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for.” (MATUS, 1996, Tomo 1, p. 14).

Neste projeto identificamos, descrevemos, justificamos e propusemos uma intervenção em saúde na Unidade de Saúde Rodeio 50, situada no município de Rodeio - SC, unidade na qual iniciamos as atividades do Programa Mais Médicos em 2019, visando a melhoria do estado de saúde da comunidade por ela atendida. Partindo do princípio de que as instituições públicas de saúde no Brasil, conforme a Política Nacional da Atenção Básica, devem planejar seus serviços a partir das necessidades de saúde determinadas epidemiológica e sanitariamente em seus territórios visando atendê-las e implantar estes serviços através de uma estratégia denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), questionamos se os serviços prestados pela Unidade Rodeio 50 são planejados a partir dos indicadores epidemiológicos e sanitários de seu território de abrangência e se são implementados via ESF. Para obtermos os dados necessários para responder a essa questão realizamos diversas análises. Através da análise do diagnóstico da realidade da comunidade conhecemos o contexto de formação, perfil social e dados epidemiológicos e sanitários do município. Através da análise do território de abrangência da Unidade de Saúde e dos serviços mais demandados pelos usuários da unidade conhecemos o perfil epidemiológico do território, as principais demandas e agravos em saúde atendidos na Unidade de Saúde e o perfil dos demandantes. Através da análise da Unidade de Saúde Rodeio 50 conhecemos sua estrutura física, seus recursos físicos, seus recursos humanos, a habilitação profissional de seus funcionários, sua estrutura hierárquica, o processo de trabalho da unidade, o processo de trabalho do serviço médico, a programação de ações em saúde pela equipe de ESF (planejamento da estratégia de trabalho pela equipe de Esf), o processo de elaboração do plano terapêutico individual pela equipe multidisciplinar do Nasf/equipe de ESF e a forma de comunicação administrativa na unidade. A partir dos dados resultantes destas análises identificamos a disparidade entre as características epidemiológicas e sanitárias da comunidade abrangida pela Unidade e o padrão de atendimento majoritariamente realizado por pela Unidade e situamos aí o problema de nosso interesse. Identificamos a gênese deste problema nas características do processo de trabalho da unidade, do processo de trabalho do serviço médico da unidade e na dinâmica da reunião de Programação de ações em saúde pela Equipe de ESF (planejamento de trabalho em Atenção Básica pela equipe de ESF) e visando superá-lo propusemos uma forma de operacionalização do planejamento dos serviços de saúde ofertados pela Unidade que promoverá o atendimento às necessidades de saúde da comunidade, conforme indicado pela análise dos dados epidemiológicos e

de vigilância em saúde pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esperamos, apoiados nos paradigmas norteadores da criação da Medicina Comunitária, que a aplicação desta operacionalização resulte no atendimento às demandas de saúde predominantes na região através de ações programadas e regularmente avaliadas em termos de seus resultados e custos, possibilitando melhor projeção e controle adequado destes custos pela municipalidade.

### **Contexto de Formação e Perfil Social do Município de Rodeio**

Rodeio é uma cidade brasileira de aproximadamente 129,643 km<sup>2</sup> situada na região sul do Brasil, no estado de Santa Catarina, na Mesorregião do Vale do Itajaí / Microrregião de Blumenau (IBGE, 2020) .

Seu território fazia parte da Colônia São Paulo de Blumenau, criada em 04 de fevereiro de 1880, sendo posteriormente desmembrado desta colônia, tornando-se município em 22 de outubro de 1936, emancipado politicamente em 14 de março de 1937 e adquirindo sua formação territorial atual em 1961.

Seu povoamento ocorreu através da imigração de povos de regiões independentes da Europa, sobretudo da região trentina, hoje reunidos no que se constituiu o Estado italiano, diferindo do povoamento de outras regiões da Colônia São Paulo de Blumenau, vindos por exemplo de regiões da atual Alemanha. Acreditamos que este ambiente desestimulou processos de miscigenação e propiciou a manutenção da cultura específica do povo colonizador da cidade de Rodeio, sendo fácil reconhecer no município a forte influência da cultura italiana. (WIKIPEDIA, 2020) (RODEIO, 2020).

A economia da cidade é baseada nas empresas têxteis e madeireiras, em atividades agropecuárias de pequenos proprietários de terra (produção de arroz e banana, dentre outros plantios e criações de animais), existindo ainda vinícolas (como a Vinícola *San Michelle*) e estímulo ao ecoturismo (principalmente o ciclo turismo). No quesito trabalho e rendimento, o salário mensal dos trabalhadores formais em 2017 foi de 1,9 salários e 16,7% da população possuía, em 2017, rendimento familiar até meio salário mínimo. O percentual de pessoas ocupadas dentre o total da população foi de 31,5%. (IBGE, 2020). O conhecimento da realidade socioeconômica dos municípios contrasta com este dado pois apresenta-se bem melhor que os dados sugerem. Acreditamos que este contraste ocorre porque a maior parte dos municípios trabalha em seus próprios negócios e não são trabalhadores formalmente empregados, não participando, portanto, do cálculo referido.

Quanto ao PIB ,84% das receitas foram oriundas de fontes externas (IBGE, 2020)

Em relação à religião, em 2010, segundo o IBGE, 85,3% das pessoas se diziam católicas, 14,4% evangélicos e 0,3% espíritas (IBGE, 2020)

Em relação à alfabetização, em 2010 a taxa de escolarização foi de 96,5%. A cidade, em 2018, contava com 7 escolas de ensino fundamental e 1 escola de ensino médio. (IBGE, 2020)

Em relação à moradia, 86,3% das pessoas informavam morar na área urbana (IBGE,

2020). Este dado demonstraria que a cidade é essencialmente urbana, porém, segundo aponta o site INFOSANBAS, se adotados critérios de densidade e vizinhança ao invés de critério político para classificação de uma região em rural ou urbano, Rodeio passa a ser uma cidade de população sobretudo rural (81,8%) (INFOSANBAS, 2020)

Quanto ao saneamento básico, 52% dos domicílios na área rural e 75% dos domicílios da área urbana recebem água por rede geral; 88% dos domicílios da área rural e 99% dos domicílios da área urbana tem seu lixo coletado por serviços de limpeza e 44% dos domicílios da rede rural e 41 % dos domicílios da área urbana tem acesso à rede de esgoto geral ou pluvial (INFOSANBAS, 2020).

Como fator de risco sanitário, observamos a prática recorrente de uso de agrotóxicos pela população, seja em plantações como os arrozais típicos no município, seja para uso domiciliar p. ex. na limpeza de gramas em calçadas. Estas aplicações ocorrem geralmente sem equipamentos de proteção individual (EPI) e sem controle avaliação da adequação de uso nos diferentes espaços, sendo comum o uso em proximidades de ribeirões ou nascentes. Isso implica na possibilidade de contaminação direta ou indireta da população em geral por estes agentes, eventualmente levando a quadros como intoxicações ou desenvolvimento de tumores.

#### **Perfil Epidemiológico do Município de Rodeio.**

Segundo informações do serviço de epidemiologia municipal obtidas em 2019 e referentes ao ano de 2018, para uma população estimada de 12.000 habitantes encontramos:

- Taxa de natalidade de 11,08 nascidos vivos para cada 1000 habitantes;
- Mortes maternas: zero
- Mortalidade infantil: 15,03 mortes a cada 1000 nascidos vivos.
- Cobertura vacinal de menores de 01 ano: 100%
- Coeficiente de mortalidade: 8,91 mortes a cada 1000 habitantes.
- Mortalidade por doenças crônicas: 7,16 mortes a cada 1000 habitantes.
- Mortalidade por causa específica (em ordem de importância epidemiológica): Em primeiro lugar, correspondendo a 40,6% das mortes por doenças crônicas, encontramos mortes por doenças cardiovasculares, apresentando um coeficiente de mortalidade de 2,92 por 1000 habitantes. Em segundo lugar, correspondendo a 24,41% das mortes por doenças crônicas, encontramos as mortes por neoplasias, apresentando um coeficiente de mortalidade por neoplasia 1,7 a cada 1000 habitantes. Os resultados de mortalidade por causa específica encontrados em 2018 repetem a tendência dos resultados de mortalidade por causa específica ocorridas em 2017, que revelaram naquela época como causa de morte em 1º lugar as mortes por doenças do aparelho circulatório, em 2º lugar as mortes por tumores, em 3º lugar as mortes por doenças

do aparelho respiratório e em 4º lugar, mortes em função de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (IBGE, 2020).

### **Perfil Epidemiológico da área de abrangência da UBS Rodeio 50.**

O município é dotado de prontuário eletrônico interligando todas as UBSs da cidade, entretanto a inserção dos dados vinculando um cidadão à UBS de seu território não foi realizada, o que impede que na Unidade Rodeio 50 seja feita a adscrição do paciente e a coleta de dados epidemiológicos ou de vigilância sanitária de sua área de abrangência via sistema. Ademais, os dados de saúde do território não são sistematicamente atualizados neste sistema, tornando os poucos dados existentes sem validade. Assim sendo, ao iniciarmos nossos trabalhos na cidade de Rodeio em 2019 procedemos, com apoio das 5 ACS disponíveis, à coleta de informações acerca do número de pessoas, idade, sexo e presença de diagnóstico de HAS e DM na população de suas microáreas (correspondente a 5 das 6 micro áreas de nosso território). Os dados parciais (em função de uma micro área descoberta) indicaram:

População próxima de 3.000 pessoas;

Distribuição etária:

1. A maior parte da população em nossa área de abrangência (56,1%) é constituída por pessoas de 19 a 59 anos.
2. O segundo maior grupo (22,8%) é constituído por pessoas de 60 ou mais anos, sendo que 12,38 % das pessoas deste grupo possuem 80 anos ou mais.
1. O terceiro e último grupo (21,1%) é constituído por crianças, pré-adolescentes e adolescentes de zero a 18 anos. Destes, 14,8% possuem de 0 a 2 anos; 33,4% possuem de 3 a 9 anos; 26,8% são pré-adolescentes entre 10 e 14 anos e 25% são adolescentes de 15 a 18 anos.

Sobre doenças crônicas:

1. Taxa de prevalência de hipertensos, de 18,14%;
1. Taxa de prevalência de diabéticos, de 4,32 %.

Não possuímos dados de taxa de prevalência de outras doenças.

Não possuímos taxas de natalidade ou mortalidade específicos para a área adscrita da unidade.

Não foi possível análise de incidência de doenças em nossa área de abrangência, visto ausência de dados prévios e a não atualização de dados para fazermos tal análise.

### **Principais demandas em saúde e principais doenças e agravos atendidos na UBS Rodeio**

As demandas em saúde mais prevalentes observadas nos atendimentos em saúde realizados na UBS Rodeio 50 no ano de 2019 foram:

1. “Renovação” \* de prescrição de psicotrópicos (geralmente iniciados alhures, sobretudo antidepressivos e hipnóticos);
2. “Renovação” \* de prescrição de doenças crônicas não transmissíveis, também iniciados alhures (has, dm, hipotireoidismo, dislipidemia);
3. Avaliação de quadros de dor crônica agudizada;
4. Pedido de “transcrição” \* de exames solicitados por médicos em serviços particulares para realização via SUS a fim de evitar-se seus custos (segundo determinação da Secretaria Municipal de Saúde a realização de exames pelo SUS via município demanda que eles sejam pedidos por médicos vinculados ao SUS do município);
5. Solicitação de exames de “rotina” para “check-up”.

Em decorrência deste padrão de atendimento, as doenças e os agravos mais comuns identificados em 2019 conforme a CID 10 foram:

1. Cid Z76.0 - Emissão de prescrição de repetição;
2. Cid R52.0 - Dor aguda + Cid R52.2 - Outra dor crônica;
3. Cid Z00 - Exame geral e investigação de pessoas sem queixas ou diagnóstico relatado (Cid Z00.0 Exame médico geral; Cid Z02 - Exame médico e consultas com finalidades administrativas).

\*Utilizamos os termos Renovação e Transcrição entre “” pois segundo os Pareceres CFM 20/2018 (CFM, 2020b), CREMEC 10/2010 (CREMEC, 2020b) e Parecer CREMEC 02/2019 de 11/03/2019 (CREMEC, 2020a), quando um médico faz a “renovação de uma prescrição” - e assim mantém o uso de um dado fármaco por um paciente - ou faz uma “transcrição de exames” - concordando que aqueles exames complementares são necessários para elucidar algum aspecto de um diagnóstico - ainda que a prescrição e o pedido de exames tenham sido feitos inicialmente por outro médico via consulta adequada, ao realizar a “renovação” ou a “transcrição” destes documentos o médico “renovador/transcritor” assume pessoalmente a responsabilidade pelos mesmos, não se tratando apenas da extensão da validade da receita ou mera viabilização da execução dos exames via SUS. Em termos práticos as resoluções indicam a necessidade, ao se “renovar” uma prescrição, de consultar o paciente e analisar a adequação do tratamento farmacológico proposto alhures em função do diagnóstico do paciente, dos resultados alcançados com o uso do medicamento, dos efeitos colaterais observados e dos riscos potenciais do medicamento frente ao risco da doença. Da mesma forma, indicam que para se “transcrever” uma guia de exame para formulário do SUS também é necessário consultar o paciente para se certificar de que o exame pedido é o adequado para investigação diagnóstica pretendida.

#### **Perfil dos demandantes atendidos na UBS Rodeio 50.**

Nossa análise do perfil dos demandantes demonstra que:

A maior parte dos atendimentos é prestado a um grupo de pacientes que comparece recorrentemente à unidade por queixas de dor em função da agudização de doenças crônicas cujo tratamento e prevenção de agudização implicam em tratamentos de longo prazo junto a equipe multidisciplinar envolvendo mudança de estilo de vida (MEV) mas sem adesão de fato pelos pacientes a estes tratamentos não farmacológicos. A agudização dos sintomas nestes pacientes leva à necessidade de prescrição médica para obtenção de novas remessas de fármacos como analgésicos / anti-inflamatórios para alívio sintomático, que ocorrerá novamente de maneira limitada em função do tempo de ação do medicamento e da quantidade de medicamentos conseguidos, fazendo-os comparecer ciclicamente à unidade com a mesma queixa / demanda.

Ademais, encontramos como práticas de “saúde” dos demandantes:

O uso de “garrafadas” (consumo de doses de uma solução contendo algum animal ou vegetal com pretensas propriedades curativas, curtido geralmente em bebida alcoólica) e práticas de rezas e bênçãos, transmitidas oralmente de geração a geração, como forma de tratamento de determinados agravos, independente das interações medicamentosas ou efeitos colaterais que as garrafadas posam causar;

“Empréstimo” de medicamentos entre pacientes, baseados em sua experiência da ação do medicamento em seus sintomas, extrapolando estes resultados a adequação do medicamento a pessoas com sintomas semelhantes (sobretudo de fármacos hipnóticos, antidepressivos e anti-hipertensivos). Como exemplo, identificamos o empréstimo de hipnóticos de pacientes com transtorno do sono a pacientes com história de uso de drogas estimulantes (cocaína) como forma de “rebatem” efeitos de hiperestimulação da droga como insônia, irritabilidade, ansiedade e taquicardia, sem comparecimento do paciente sintomático aos estabelecimentos de saúde para diagnóstico ou tratamento da adicção. Em função do “empréstimo” o paciente, por sua vez, recorre à UBS para nova prescrição para si antes do prazo pois ao “emprestar” do seu medicamento reduziu da quantidade necessária para seu próprio uso no tempo previsto.

### **Localização, Acesso e Estrutura Física da UBS Rodeio 50.**

A Unidade de Saúde Rodeio 50, inaugurada em 2015, é uma das 5 unidades de saúde do município. Localiza-se no bairro Rodeio 50. O acesso à unidade ocorre pela rodovia Sc. 110, que corta toda a cidade e é asfaltada. Por outro lado, parte dos usuários moram em localidades distantes da UBS e de difícil acesso, já ocorrendo acidentes de trajeto a integrantes da equipe durante a execução de visitas domiciliares.

Possui estrutura física: 01 Sala de espera com 01 Banheiro masculino e 01 banheiro feminino adaptados para cadeirantes destinados a pacientes e; 01 sala de triagem; 01 sala de coleta de exame do pezinho; 01 sala de atendimento odontológico dotada de Raio X; 01 sala para coleta de preventivos (citopatológico / papanicolau) dotada de banheiro; 01 sala de reuniões; 01 sala de curativos; 01 sala de observação com 01 leito; 01 sala de



atendimento médico; 01 sala de atendimento de enfermagem; 01 sala de farmácia; 01 sala de expurgo; 01 sala de esterilização de pequenos materiais; 01 espaço de cozinha com pia e fogão (bancada e corredor apenas); 01 refeitório com micro-ondas, geladeira, mesa e 04 cadeiras; 01 banheiro para funcionários (sem divisão de sexo) e espaço de estacionamento para funcionários e pacientes. Não possui sala adequada com padrão Anvisa e CFM, para realização de pequenas cirurgias.

#### **Recursos Físicos na UBS Rodeio 50.**

Como recurso físico, a Unidade possui materiais para atendimentos clínicos em ESF (esfigmomanômetro, estetoscópio, otoscópio, termômetro, balança adulto e infantil, estadiômetro, régua antropométrica, glicosímetro, oxímetro de pulso, sonar doppler, fita métrica, macas, espéculos etc.) e medicamentos da Rede Básica para uso e dispensação farmacêutica aos pacientes. Não possui equipamentos para atendimentos de urgência e emergência ou intercorrências cirúrgicas, como monitor cardíaco, respirador, cardioversor/desfibrilador, saída de O<sub>2</sub>, drogas vasoativas, relaxantes musculares, hipnóticos, anestésicos, dentre outros.

#### **Recursos Humanos na UBS Rodeio 50.**

Como recursos humanos no início de 2019 a UBS possuía 05 Agentes comunitárias de saúde; 01 Auxiliar dentista; 01 Dentista; 01 Enfermeiro; 01 Médico; 02 técnicas de enfermagem e 01 Profissional de serviços gerais, todos integrantes da única equipe de ESF da Unidade. Todos os profissionais, exceto o médico, são contratados e custeados pelo município. O médico da unidade é participante, desde 2019, do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2020e), programa existente no município desde 2013, sendo, portanto, custeado pela Federação para atuação no município dentro do paradigma da Atenção Básica implantada via ESF, com contrapartida municipal, conforme regras do Programa.

#### **Habilitação Profissional na UBS Rodeio 50.**

Em relação à habilitação profissional, a equipe possui formação adequada para atendimento em Atenção Básica / ESF, mas não possui como equipe treinamento e certificação por organismos de credibilidade para atendimentos de urgências e emergências cardiovasculares ou de trauma (como o ACLS e BLS realizados pela American Heart Association ou o ATLS realizado pelo American College of Surgeons ) e não possui treinamento como equipe para realização de atendimentos cirúrgicos ou de intercorrências cirúrgicas.

Vemos então que a unidade Rodeio 50 apresenta condições para atendimentos de alta complexidade e baixa densidade, característicos da ESF, tais como ações de grupos de saúde (como programas de atendimento médico em grupo para hipertensos, diabéticos, pacientes psiquiátricos, tabagistas, obesos, etc.), atendimentos clínicos individuais por médico e enfermeiro, acolhimento e triagem, coleta de preventivos, vacinas, etc. Por outro lado, atendimentos de urgência ou emergência e procedimentos cirúrgicos não devem ser realizados nesta unidade, seja pela falta de estrutura, pela falta de equipamentos ou pela não existência de uma equipe certificada e treinada para fazê-los.

Cabe salientar que a Prefeitura possibilita aos munícipes, via convênio, atendimentos 24 horas em hospital localizado em cidade conurbada à Rodeio, inclusive para atendimentos de Urgência ou Emergência, e oferta pequenos procedimentos cirúrgicos aos seus cidadãos em uma unidade de saúde classificada como Unidade Avançada, via profissional capacitado para tal atividade.

### **Estrutura Hierárquica na UBS Rodeio 50.**

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES, 2020) a função de Diretor Clínico / Gerente / Administrador da Unidade de Saúde Rodeio 50 é realizada pelo enfermeiro da única equipe ESF. Cabe ao enfermeiro da equipe, como Administrador da unidade, decidir sobre questões como o horário de trabalho dos funcionários, férias, registro de assiduidade, advertências trabalhistas, solicitação de novas contratações, controle e pedido de insumos etc. Estão subordinados a ele, em relação a decisões administrativas da unidade, todos os funcionários da Unidade Rodeio 50. Ele, por sua vez, está subordinado ao Secretário Municipal de Saúde e este ao Prefeito.

A Direção Clínica do serviço odontológico, embora não descrita no CNES (2020), é realizada pela profissional dentista. É prerrogativa da profissional dentista, na função de Diretora Clínica do serviço de odontologia, a definição e gerência da agenda do serviço de odontologia, estabelecendo as atividades a serem realizadas, os materiais necessários, os fluxos e o tempo para cada atividade dentro da perspectiva da ESF e conforme ditames do Conselho Federal de Odontologia e Conselho Regional de Odontologia CFO / CRO. É subordinada a ela, enquanto gerente do serviço de odontologia, a profissional auxiliar dentista e outros funcionários vinculados ao serviço.

A Direção Clínica do serviço médico, embora não descrita no CNES (2020), é realizada pelo enfermeiro da equipe de ESF / administrador da unidade. É prerrogativa do enfermeiro, na função de Diretor Clínico do serviço médico, a definição e gerenciamento da agenda do serviço médico, inclusive da agenda do profissional médico, estabelecendo as atividades a serem realizadas, os materiais necessários, os fluxos e o tempo para cada atividade. São subordinados ao enfermeiro diretor clínico do serviço médico: o médico, a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde. Não existe Diretor Clínico ou Diretor Técnico habilitado para o exercício da Medicina responsável pelo serviço médico da Unidade Rodeio 50, o que contraria o estabelecido no Artigo 28 do Decreto 20.931 de 11 de janeiro de 1932 (BRASIL, 2020c); o Artigo 15 da Lei 3.999 de 15 de dezembro de 1961 (BRASIL, 2020d); o Artigo 12 do Decreto 44.045 de 19 de julho de 1958 (BRASIL, 2020b); o inciso II do artigo 5o da Lei 12.842 de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2020e) e a Resolução CFM n° 2.147/2016 (CFM, 2020a).

### **Processo de Trabalho da UBS Rodeio 50.**

A unidade de saúde funciona oficialmente no modelo da Atenção Básica, com implementação via ESF, de segunda a sexta, das 07:30 as 16:30. É responsável pela população dos bairros Gávea, 50 e 32, território dividido em 06 micro áreas. Seu Processo de Trabalho

é estruturado a partir da demanda recebida e ocorre da seguinte forma:

O usuário, ao se apresentar à recepção da Unidade, é recebido por um profissional de saúde na função de recepcionista (acs, técnico de enfermagem ou enfermeiro) e é arguido sobre o motivo de sua procura ao serviço (realização de curativo, retirada de pontos, obtenção de medicamentos e insumos, informações, pedidos de consultas etc.). Medicamentos e insumos são entregues de imediato ao usuário pelo profissional que lhe atendeu na recepção. Curativos e retiradas de pontos são agendados para realização junto ao técnico de enfermagem em horário oportuno (se não possível a realização naquele momento). No caso de demanda por consultas o usuário é orientado a dirigir-se a local específico e esperar pelo chamado para atendimento de acolhimento. O atendimento de acolhimento ocorre em uma sala privativa (sala de triagem) onde o usuário tem ao mesmo tempo seus sinais vitais aferidos pela técnica de enfermagem enquanto é ouvido pelo enfermeiro, que faz a escuta ativa de sua queixa. O profissional responsável pela escuta ativa (geralmente enfermeiro, porém as vezes o técnico de enfermagem) define, a partir desta escuta, qual profissional (médico ou enfermeiro) e em que momento será realizada a consulta demandada pelo usuário (logo após o acolhimento - quando o usuário já aguarda na Unidade pelo seu atendimento; no mesmo dia do acolhimento - quando é facultado ao usuário a possibilidade de saída da unidade e retorno em horário agendado no mesmo dia; ou em dia diferente do dia do acolhimento, através de agendamento do atendimento para dias posteriores).

Como não existe protocolo de classificação de risco indicando o tempo máximo para o atendimento a um paciente em função do risco de danos à sua saúde e do tempo transcorrido do acolhimento até o momento de seu atendimento (se o atendimento deve ocorrer de imediato ou pode ocorrer em outro momento visando o ajuste das demandas feitas à Unidade à sua capacidade de atendimento); como não existe protocolo de direcionamento do usuário ao profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou acs) em função da queixa e do resultado da triagem; como não existe protocolo de resolução de demandas "simples" (como avaliação de tratamento contínuo para emissão de prescrições - "renovação de receitas" - e pedido de exames de rotina para pacientes controlados e assintomáticos); e como não existe protocolo de critérios para definição da necessidade de visita domiciliar, a maioria dos pedidos de consulta pelos usuários resulta em consulta junto ao médico, cabendo ao atendimento de acolhimento definir quem terá acesso à consulta com o médico de forma imediata e quem será agendado para consulta com o médico em outro momento, sendo a decisão do profissional que acolhe o paciente, na ausência destes protocolos, baseada em seu "feeling" e na "pressão" exercida pelo usuário para que sua demanda seja atendida de imediato, e não em critérios técnicos.

O processo de trabalho da Unidade não prevê atendimentos programados pela equipe de estratégia de saúde a usuários da Unidade em função das demandas de saúde da comunidade identificadas pela equipe a partir da análise dos dados epidemiológicos e sanitários

da região (atendimento de demanda programada), o que implica que todo funcionamento e logística da unidade visa atender às demandas advindas espontaneamente da população, que ocorrem de forma errática e imprevisível (nunca se sabe qual paciente ou qual queixa será abordada) e portanto sem previsão ou probabilidade de controle de custos.

Cabe aqui identificamos a confusão, por parte da maioria da equipe de ESF, entre os conceitos de demanda programada e demanda espontânea agendada. Para a maioria dos integrantes da equipe a demanda espontânea (por exemplo por uma consulta médica) é o pedido do usuário que é atendido logo após sua verbalização. A demanda programada, por sua vez, é o pedido do usuário cujo atendimento é agendado e o usuário não tem sua demanda solucionada após sua verbalização. Desta forma, para grande parte da equipe, é o ato de se atender à demanda do usuário no momento de sua ocorrência ou de agendá-la para atendimento posterior que confere a uma demanda o status de espontânea ou programada, respectivamente, ainda que a demanda tenha surgido de forma espontânea para a Unidade através do pedido do paciente e para atendimento dos seus interesses individuais. Implicitamente isso significa, para a maioria da equipe, que o agendamento do atendimento a um pedido surgido espontaneamente na unidade (p.ex. de uma consulta médica para o usuário) é o ato de programação no modelo da Atenção Básica. Essa concepção ignora a definição de demanda espontânea como toda demanda não programada pela equipe de saúde em função dos indicadores de saúde da região, seja essa demanda atendida de imediato, em função do risco de morte ou gravidade dos sintomas do usuário (demanda espontânea com classificação de risco indicando necessidade de consulta urgente ou emergente), seja esta demanda atendida em outro tempo ou em outro equipamento de saúde (demanda espontânea com classificação de risco não urgente ou emergente, gerando consulta de demanda espontânea agendada). O ato de se considerar como idênticas as ações sugeridas pelo verbo “programar” no contexto de Planejamento de Saúde na Atenção Básica e as ações sugeridas pelo verbo “programar” no contexto de agendamento de um atendimento demandado espontaneamente pelo usuário causa tamanha perversão do real significado de Programação em Saúde que impede a compreensão, pela equipe, de que Programar dentro da Atenção Básica implica a realização de um conjunto complexo de ações destinadas à identificação de problemas de saúde em um território (a partir da análise, pela sua equipe de ESF, de suas condições epidemiológicas e de vigilância sanitária); ao planejamento e a adoção (pela equipe de ESF) de medidas direcionadas aos indivíduos e às situações relacionadas aos problemas de saúde identificados, resolvendo-os antes que se transformem em agravos ou em quadros agudos, até mesmo emergentes, geradores de demandas espontâneas de atendimento na UBS, e à análise do custo-efetividade das ações implicadas decidindo por sua continuidade ou não, e que por tanto a Programação em Saúde no contexto da Atenção Básica não é realizada pelo simples agendamento de uma demanda espontânea.

O Processo de trabalho do serviço médico é determinado pelo enfermeiro diretor clínico do serviço médico (integrante da equipe de ESF). Conforme definido por ele, a agenda de trabalho do profissional médico na Unidade de Saúde está assim definida:

87,5% dos horários da agenda são reservados para atendimentos clínicos individuais em regime ambulatorial na UBS, sendo 70% destes horários reservados para atendimento do usuário no dia de sua demanda e 30% destes horários reservados para atendimento de demanda espontânea agendada;

9,4% dos horários da agenda são reservados para visitas domiciliares;

3,1% dos horários da agenda (no máximo quatro horas por mês) são reservados para as realização das tarefas de Programação de Ações de saúde pela equipe de ESF; Elaboração do Plano Terapêutico Individual Multidisciplinar e Comunicação Administrativa da Unidade (explicadas a seguir).

No processo de trabalho do serviço médico na UBS Rodeio 50 não existe previsão de horários na agenda do médico para atendimentos pelo médico a grupos vinculados a programas de saúde (hipertensão, diabetes, tabagismo etc.);

Não existe previsão de tempo na agenda do médico para atendimento pelo médico a eventuais casos de urgência ou emergência, caso ocorram visto que 100% do horário de atendimento já está preenchido com consultas agendadas.

Não existe atendimento médico programado a partir da análise da situação epidemiológica e de vigilância sanitária da região adscrita pela equipe de ESF, sendo os atendimentos médicos determinados unicamente pela demanda espontânea.

### **Programação de ações em saúde pela Equipe ESF, Elaboração do Plano Terapêutico Individual Multidisciplinar e Comunicação Administrativa na UBS Rodeio 50**

Em função da determinação, pelo Ministério da Saúde, através da Pnab2017, de que as ações de saúde devem ser planejadas, avaliadas e julgadas continuamente pela Equipe de Estratégia de Saúde, permitindo inclusive o controle dos custos das ações de saúde em função de seus resultados (BRASIL, 2020g), cria-se a necessidade de reuniões de Programação de Ações de Saúde pela equipe de ESF. Chamadas na Unidade de "Reuniões de ESF", "Planejamento de Trabalho em Atenção Básica pela equipe de ESF" ou de "Planejamento de Trabalho em ESF", estas reuniões são destinadas à atualização e análise dos indicadores de saúde da comunidade atendida pela equipe ESF; à identificação e planejamento pela equipe de ESF de ações em saúde junto a essa comunidade visando a melhora ou manutenção de sua condição de saúde; à avaliação dos resultados das ações tomadas junto à comunidade em termos de eficiência, eficácia e efetividade e a definição pela manutenção da ação em saúde adotada pela equipe ou por sua finalização em prol de ações mais adequadas e com maior custo-benefício. Trata-se, portanto, da reunião que possibilita a instituição da programação de ações de saúde pela Unidade a partir das necessidades de seu território, como definido por Lei.

Também em função da PNAB 2017 (BRASIL, 2020g), que demanda que casos clínicos complexos sejam abordados de forma multidisciplinar e resultem em um plano de tratamento visando a solução do caso, cria-se a necessidade das Reuniões de Elaboração do Plano Terapêutico Individual. Chamadas de "Reuniões do Nasf" estas reuniões são realizadas com a presença de profissionais de diferentes áreas que deverão discutir e debater sobre casos clínicos de difícil resolução pela Unidade isoladamente. Objetiva-se a troca de saberes, experiências e colaboração entre os integrantes para a elaboração de estratégias de tratamento e seguimento do caso definindo assim um Plano Terapêutico Individual.

O serviço de saúde, entendido como uma "empresa" que presta serviços de saúde, demanda espaço para que a gestão possa divulgar e implementar junto aos seus funcionários os ajustes em suas dinâmicas de funcionamento de acordo com seus interesses e necessidades. Essa demanda é suprida pelas reuniões de Comunicação Administrativa. Chamadas de "Reuniões da Unidade", estas reuniões são destinadas a informar e promover a incorporação, pelos funcionários da Unidade, dos processos de trabalho da Unidade, bem como dos recursos disponíveis e decisões que afetam a oferta do serviço de saúde prestada pela Unidade. São exemplos de situações abordadas: fim ou oferta de serviços diagnósticos e de medicamentos conforme determinação da gestão de saúde municipal, estadual ou federal; alterações de fluxos de trabalho da unidade, alterações do quadro de funcionários em função de férias, demissões, contratações etc.

Na Unidade Rodeio 50 todas estas reuniões ocorrem simultaneamente e com duração máxima de 04 horas ao mês. O enfermeiro administrador da unidade abre as reuniões pela Reunião de Comunicação Administrativa da UBS, transmitindo as informações recebidas da gestão de saúde municipal sobre alterações no funcionamento do serviço de saúde municipal ou da UBS ou sobre situações administrativas específicas da UBS. Não há espaço para discussão do impacto de mudanças no âmbito da prestação de serviços sob o paradigma da Atenção Básica ou na dinâmica de funcionamento da unidade, nem do tempo para implementação das mudanças preconizadas em função da necessidade de construção de novas dinâmicas de trabalho pela equipe da Unidade a partir das mudanças informadas. Na sequência passamos para a Reunião de Programação de Ações de Saúde pela equipe de ESF (reuniões de ESF). Nela as ACS relatam as solicitações e problemas específicos de usuários que as procuram com objetivo de que estes problemas sejam resolvidos pela UBS e discorrem sobre problemas enfrentados por elas na execução de seu trabalho (como falta de equipamentos etc.). Não efetuamos a coleta e a atualização sistemática de dados epidemiológicos e sanitários da área adscrita, não discutimos ou analisamos estes dados para criarmos os indicadores de saúde da comunidade, não programamos intervenções e atendimentos de saúde na comunidade baseados nestes dados, não avaliamos se as ações de saúde já executadas pela unidade surtem algum efeito no contexto de saúde da comunidade ou se são custo efetivas. Por fim, é iniciada a reunião de Elaboração do Plano Terapêutico Individual pela equipe multidisciplinar do Nasf / Esf.

Nela os casos clínicos considerados "difíceis" são descritos sumariamente pelo enfermeiro ou integrante do nasf presente na reunião e dado a todos os integrantes a possibilidade de opinarem sobre o caso, propondo ações que achem devidas e que constituirão o plano terapêutico do caso. Não é seguido nenhum planejamento de estudo ou de estratégia para a elaboração deste plano; não se definem claramente os passos a serem seguidos (quem fará, com quais recursos, quando será feito e por quanto tempo, critérios de avaliação de resultados etc.). Tudo transcorre "instintivamente", como um "bate papo".

Conclui-se então que nenhuma das reuniões acima descritas segue uma estrutura para sua realização que permita a problematização de uma situação levantada, a análise de seus fatores promotores, a análise da real possibilidade de intervenção, a elaboração de ações operacionalmente definidas e dirigidas a estes fatores gerando resultados objetivamente observáveis, quantificáveis e apreciáveis para fins de acompanhamento e julgamento das ações geradoras destes resultados em termos custos-efetivos, seja no campo do planejamento do trabalho em ESF, seja no campo do Plano Terapêutico Individual, seja no campo de comunicação administrativa da unidade.

### **Identificação d eum problema de saúde na área de abrangência da UBS Rodeio 50.**

o compararmos as principais queixas e agravos atendidos na Unidade Rodeio 50 com as características epidemiológicas da área encontramos que:

Os dados epidemiológicos municipais indicam que a principal causa de morte no município é cardiovascular. A análise da prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e de Diabetes Mellitus (DM), fatores de risco para doenças cardiovasculares, em nossa área de abrangência indica que nossos índices estão abaixo dos índices nacionais, o que pode indicar subnotificação e subtratamento, mas nenhum trabalho de busca destes pacientes é realizado pela Unidade.

Os dados epidemiológicos também indicam que a segunda maior causa de óbitos no município é por tumores. Identificamos em nossa análise do diagnóstico da realidade o uso indiscriminado de agrotóxicos no município e sabemos da relação entre agrotóxicos e desenvolvimento tumoral. Porém nenhuma ação é programada na Unidade para avaliar a importância deste problema em nossa área de abrangência ou para prevenir e tratar pacientes que apresentem este agravo.

Além disso, os dados epidemiológicos demonstram que nosso maior grupo populacional é constituído por pessoas de 19 a 59 anos, que pouco procuram pelo nosso serviço de saúde. Entretanto não existe nenhuma programação em saúde para este grupo, o que dificulta o manejo da saúde na população nesta faixa etária. Em particular, neste grupo, caberiam atendimentos voltados à saúde do trabalhador e de prevenção a mortes por causas externas, pois esta é a faixa de maior predomínio de trabalhadores e de pessoas com perfil da população de risco para mortes externas. Ademais, faltam ações sistemáticas junto a este grupo contra o tabagismo, alcoolismo, obesidade e sedentarismo, dentre outros

fatores de risco, visando atacar a maior causa de mortalidade na região - cardiovascular.

Por outro lado, a análise das principais doenças e agravos atendidos na Unidade Rodeio 50 e a análise do perfil dos demandantes demonstram que a maior parte dos atendimentos prestados ocorrem a um grupo pequeno de munícipes, de aproximadamente 60 anos ou mais, geralmente portadores de alguma condição crônica agudizada, física ou mental, não aderentes a terapêuticas não farmacológicas, solicitantes de tratamento medicamentoso. Estes pacientes, que se consultam 6 ou mais vezes ao ano na UBS, chamados de “clientes fixos” pela equipe, ou “hiperutilizadores” pela literatura da área (RAMOS; CARRAPIÇO, 2019), (FERNANDES, 2013), não representam a maioria dos idosos da área de abrangência da UBS, que acabam por ficar sem atendimento. Em função da ausência de programação em atendimento de saúde, nenhum trabalho de avaliação de idosos frágeis e promoção à manutenção da independência e autonomia do idoso, preconizados na Atenção Básica, ocorre na unidade, visto que os atendimentos aos idosos definidos pela demanda espontânea não determinam este tipo de intervenção.

Não realizamos também nenhum trabalho programado direcionado ao grupo de crianças, pré-adolescentes e adolescentes de zero até dezoito anos. A procura pela unidade por parte desta população ocorre em casos de doenças agudas como IVAS, não sendo demandadas ações de acompanhamento junto ao médico do crescimento e desenvolvimento nas esferas físicas, sexuais, e sócio cognitivo comportamentais, visando identificar e tratar alterações ainda num estágio precoce, as vezes sequer notado pelos pais, possibilitando intervenções mais efetivas e, porque não dizer, eficientes, como, por exemplo, instituição de suplementação férrica impedindo anemia; vacinação contra hpv diminuindo o risco de Ca de Colo de Útero na vida adulta; avaliação de desenvolvimento puberal e orientações de educação sexual como planejamento familiar e prevenção de dsts; abordagem psicossocial sobre escolhas profissionais e relacionamentos interpessoais; estímulo a práticas de vida saudáveis e prevenção de mortes externas (como acidentes de trânsito e brigas), etc.

Podemos concluir, a partir do confronto entre as principais queixas e agravos atendidos na Unidade Rodeio 50 com as características epidemiológicas e sanitárias de sua área de abrangência, que a organização do processo de trabalho e os atendimentos prestados pela Unidade não priorizam a ação nem sobre os principais problemas de saúde de sua população identificados a partir da análise sanitário-epidemiológica dessa região nem sobre seu maior grupo populacional, mas sim o atendimento às demandas advindas de um restrito grupo de hiperutilizadores. Por outro lado, conforme orientação do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), os serviços públicos de saúde no Brasil devem adotar com modelo de ação em saúde o modelo da Atenção Básica em Saúde. Neste modelo, apoiado no paradigma de atenção em saúde instaurado pela Medicina Comunitária, o serviço de saúde deve organizar e prestar seus serviços priorizando o atendimento às principais demandas de saúde identificadas sanitária e epidemiologicamente na região de abrangência do serviço. Em função disso consideramos o não atendimento às prioridades de saúde



identificadas sanitário-epidemiologicamente na área de abrangência da Unidade Rodeio 50 como a situação-problema que pretendemos alterar e para tanto proporemos ações que possibilitem o atendimento a estas necessidades de saúde desta comunidade, conforme indicado pela análise dos dados epidemiológicos e de vigilância em saúde pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Promover ações que possibilitem o atendimento às necessidades de saúde da comunidade, conforme indicado pela análise dos dados epidemiológicos e de vigilância em saúde pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

### 2.2 Objetivos Específicos

Estruturar o planejamento em saúde pela equipe de saúde da unidade de saúde Rodeio 50 do município de Rodeio.

Adequar o processo de trabalho da unidade Rodeio 50 implementando agenda vinculada a execução das ações de saúde planejadas pela equipe de ESF.



### 3 Revisão da Literatura

Uma breve análise da história dos sistemas de saúde demonstra que existem diversas formas de se pensar e organizar a oferta de serviços em saúde a uma população. Cada uma destas formas está baseada em princípios específicos, que dão o contorno e justificam teoricamente aquela forma de prestação do serviço. Cabe-nos então observar se a prestação de um serviço de saúde mantém-se adequada à sua base teórica, garantindo assim que os propósitos almejados teoricamente concretizem-se através de sua prática.

No caso deste trabalho, acreditamos que o serviço de saúde da Unidade Rodeio 50, teoricamente embasado nos princípios da Atenção Básica de Saúde, ao não atender as demandas de saúde da comunidade definidas epidemiológica e sanitariamente, exhibe a incongruência de sua prática frente à teoria que lhe suporta. É nosso propósito, na breve revisão que se segue, elucidar o tema, e para tanto realizaremos uma investigação radical (no sentido de raiz) dos conceitos a ele pertinentes e abordaremos as determinações legais a ele ligadas.

Um famoso aforisma creditado a [Deming \(1989\)](#), um dos pais da Administração, diz:

Não se gerencia o que não se mede; não se mede o que não se define; não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia.

Seguindo este aforisma, o primeiro passo para o sucesso em um empreendimento, como por exemplo a oferta de serviços de saúde à população, é o entendimento profundo do assunto permitindo que seus termos sejam definidos de forma precisa. Apoiados nesta noção faremos uma pequena incursão histórica e identificaremos o contexto no qual foram cunhados os termos "Atenção Primária à Saúde", "Atenção Primária à Saúde Ampliada", "Atenção Básica" e "Estratégia de Saúde da Família" objetivando aumentar a nossa compreensão a respeito do assunto e melhorar nossa definição destes termos. Iniciaremos esta investigação histórica pelas condições de surgimento do termo "Atenção Primária em Saúde".

A prestação de serviços de saúde não é algo de ocorrência natural (como o sol, a chuva, etc.). Essa constatação, embora evidente, nos remete à percepção muitas vezes não evidente de que, não sendo de ocorrência natural, o acesso aos serviços de saúde implica na criação de um sistema que possibilite a alguns a prestação deste serviço e a outros o acesso a este serviço. Historicamente, a preocupação política com a oferta de tal sistema ocorre apenas no sec XVII, na Inglaterra, através da instituição de políticas públicas de saúde. Segundo [Franco e Merhy \(2020\)](#)

A ideia de uma política voltada para assistência à saúde aparece pela primeira vez no século XVII, através da edição, pelo governo da Inglaterra da Lei do Pobres em 1601.

A instituição de políticas públicas voltadas para assistência à saúde, por sua vez, deu origem a discussões que visavam definir, para o Estado, o que um serviço de saúde deverá oferecer (a que se destinará, quais seus objetivos); quem prestará o serviço (qual a habilitação técnica necessária para prestar o serviço), em que estrutura e com que instrumental (qual a estrutura física e quais os equipamentos são necessários para prestação do serviço); quem terá acesso a este serviço (quais os critérios devem ser preenchidos para que alguém possa usufruir do serviço); de que forma o serviço será custeado (de quem e de que forma serão conseguidos os recursos), e como será instituída a oferta do serviço (como será implementado este serviço). É exatamente a partir desta ampla discussão que nascem tanto o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS) quanto outros, como veremos a seguir.

Segundo [Cutolo \(2020\)](#) o termo Atenção Primária em Saúde (APS) deriva do conceito inglês de *Primary Care*, que significa "cuidado fundamental" à saúde, ou seja, aquilo que é considerado imprescindível, essencial, ao se pensar e ofertar saúde. APS é, portanto, a definição do "o que" será ofertado pelo serviço, a indicação dos seus atributos - a primeira das questões a serem respondidas por um Estado que instituirá políticas de prestação de serviços de saúde em seu território.

[Franco e Merhy \(2020\)](#) apontam que a escolha destes atributos pelo Estado sofre influência de vários fatores, como o econômico, e segundo [Cutolo \(2020\)](#) essa definição implica, intrínseca e obrigatoriamente, em uma concepção de saúde-doença que suporta a teoria que embasa a prática do serviço formatado a partir dos atributos selecionados. Isso quer dizer que a escolha dos atributos de um serviço de saúde pelo Estado não é óbvia ou pré-estabelecida, mas antes o resultado político da concorrência entre diversos interesses. Por sua vez, em função dos diversos interesses em jogo em cada Estado (ou em diferentes momentos históricos de um mesmo Estado) são formados diferentes agrupamentos de atributos para os serviços de saúde. Cada agrupamento de atributos define um modelo de Atenção Primária em Saúde específico, de qualidades particulares, identificado através de denominações próprias, o que nos leva à compreensão da origem dos conceitos de Atenção Primária em à Saúde Seletiva; Atenção Primária à Saúde Clássica e Atenção Primária à Saúde Ampliada.

Conforme [Cutolo \(2020\)](#), no modelo da Atenção Primária a Saúde Seletiva o atributo fundamental do serviço de saúde é a oferta de programas de impacto na saúde de uma comunidade específica, como terapia de reidratação oral em uma comunidade com alta mortalidade por diarreia. Não existe aqui a oferta de assistência em diferentes níveis de atenção, nem de universalidade (pois direciona-se a uma comunidade específica), nem de longitudinalidade ou de integralidade (conceitos que veremos a seguir).

Ainda para [Cutolo](#), no modelo da Atenção Primária à Saúde Clássica o atributo do serviço de saúde é o atendimento clínico das doenças mais comuns apresentadas pelos indivíduos que buscam o serviço. A priorização da resolução das demandas de saúde da

comunidade não é fundamental para este sistema, e a promoção à saúde, a prevenção às doenças e aos agravos são definidos a partir das queixas individuais, e são de interesse secundário. Neste modelo de Atenção Primária à Saúde o foco do serviço de saúde é tratar os problemas de saúde apresentados pela maioria das pessoas que chegam até a unidade prestadora do serviço, independente da realidade de saúde da comunidade onde estejam inseridas estas pessoas.

Já no modelo da Atenção Primária a Saúde Ampliada o serviço de saúde tem como um dos seus principais atributos a priorização do planejamento de ações de saúde visando a resolução dos problemas epidemiológica e sanitariamente identificados em seu território, e não a priorização de ações de saúde para resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, como na APS Clássica. Além disso, neste modelo, são atributos do serviço de saúde; ser Universal (para todos, não apenas a uma comunidade específica - como usuários muito pobres, ou desempregados, ou para quem tem "carteirinha" do Inss, etc.); ser Longitudinal (o usuário é acompanhado no serviço ao longo do tempo, em todas as fases da sua vida e em todas as condições de saúde que ele apresente, e não em função de uma fase da vida ou de uma condição médica específica, o que implica no fato de que o médico de referência no serviço deve atender a todos os usuários do serviço, independente da idade do usuário ou da especialidade médica demandada pela queixa apresentada por ele, ao contrário da perspectiva tradicional onde usualmente crianças são atendidas por pediatra; mulheres com queixas ginecológicas ou obstétricas são atendidas pelo ginecologista-obstetra; idosos pelo geriatra; paciente com transtorno mental pelo psiquiatra, etc.)e, finalmente, ser Integral (atender a todas às demandas de saúde, não apenas através do diagnóstico e tratamento de doenças, mas também através da promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação de sequelas, independente da tecnologia ou do conhecimento necessário para promover este atendimento, podendo o paciente ser encaminhado para especialistas - o que implica na existência de diversos níveis de atendimento do serviço de saúde - e/ou receber cuidados e atenção de profissionais de outras áreas de conhecimento além da medicina, como nutrição, fisioterapia, psicologia, etc - o que implica em multidisciplinariedade.). A possibilidade de encaminhamentos a outros níveis de serviço pelo modelo de Atenção Primária à Saúde Ampliada faz com que o ponto de entrada do usuário no serviço de saúde seja, ao mesmo tempo, o Primeiro Contato dentro de uma Rede de atendimento, funcionando como porta de entrada (gatekeeper), e não apenas como um nível de atendimento isolado dos demais níveis (como na APS Clássica), mas também exige que o serviço disponha de uma forma de Coordenação do Cuidado do usuário nos diversos níveis da rede de atendimento (organizar os processos de saúde de forma a possibilitar o acompanhamento de tudo o que está ocorrendo com o paciente, inclusive quando ele necessitar de suporte além dos ofertados na UBS, atuação esta que não está prevista na atuação da APS Clássica);

A comparação entre os atributos das APS Seletiva, Clássica e Ampliada exhibe a dife-

rença entre elas, sobretudo da APS Ampliada para as demais. Acreditamos que isso tenha ocorrido porque a APS Ampliada nasceu formatada pela crise econômica mundial em um período em que a noção de direitos sociais, como o acesso aos serviços de saúde, estava fortemente consolidada, determinando que o modelo de ofertar saúde não apenas tratasse um agravo específico a um grupo determinado (como o modelo da APS Seletiva), mas que tratasse a vários tipos de agravos e doenças em um grande número de pessoas (como no modelo da APS Clássica), porém a custos menores que os gerados pelo modelo da APS Clássica, modelo usado predominantemente até então, embasado na teoria flexneriana de saúde. Esta necessidade de controle de custos na prestação de serviços de saúde a um grande contingente levou ao desenvolvimento, nos USA, de uma teoria de abordagem de saúde inspirada nas ideias de Bertrand Dawson, alternativa à teoria flexneriana, chamada de Medicina Comunitária (FRANCO; MERHY, 2020). Segundo Silva Jr, citado por Franco e Merhy (2020), a Medicina Comunitária apresentava como características:

Se estrutura(r) a partir dos campos de conhecimento da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando portanto as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto a estrutura, organizam o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando o nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade. Propõe uma revisão da tecnologia utilizada na assistência à saúde, a inclusão de práticas alternativas, "acadêmicas e populares", de medicina, e reestrutura o trabalho, inserindo outros profissionais, não médicos, na função assistencial.

A similaridade entre os atributos da APS Ampliada e os atributos advindos da teoria da Medicina Comunitária indicam que a Atenção Primária em Saúde Ampliada é um modelo de oferta de serviços de saúde baseado nos construtos advindos da Medicina Comunitária, surgidos em função da necessidade de reduzir os custos de prestação dos serviços de saúde a um grande contingente de usuários num momento de crise econômica global e da incapacidade do modelo até então utilizado, a APS Clássica (apoiada na teoria flexneriana de saúde) de fazê-lo. Segundo Donnangelo, citado por Cutolo (2020), a incapacidade do modelo da APS Clássica de ofertar serviços de saúde a um enorme contingente a custos razoáveis deriva do fato de que na teoria flexneriana, que suporta este modelo, o paradigma de planejamento da oferta de seus serviços está estruturado a partir da análise global de dados coletados dos atendimentos individuais de seus usuários. Essa incapacidade do modelo da APS Clássica em atender o requisito de gerar menor custo é, portanto, estrutural do modelo, e obriga que o modelo alternativo de serviço em saúde que o substitua apoie-se em uma teoria que parta de outro paradigma para o planejamento dos seus serviços de saúde. A medicina comunitária foi a abordagem teórica que introduziu este novo paradigma de prestação de serviços de saúde ao organizar o planejamento da prestação de serviços em saúde a partir das necessidades de saúde epidemiologicamente e sanitariamente definidas para um dado território/comunidade, e não da análise das



necessidades de saúde dos usuários do serviço isoladamente, sendo esta a justificativa de seu sucesso no controle de gastos em saúde e sua escolha como teoria de embasamento da APS Ampliada, surgida naquele momento. Podemos dizer, inclusive, que o fator que mais distancia a APS Ampliada dos demais tipos de APS, como defendemos acima, é exatamente a adoção deste novo paradigma de planejamento da prestação dos seus serviços de saúde a partir dos dados epidemiológicos e sanitários do território, introduzido pela Medicina Comunitária.

Esta mudança de paradigma é tão fundamental que podemos considerar que Donnan-gelo explicita a falácia da prática, muito comum nos dias de hoje nos serviços públicos de saúde do Brasil, de se tentar realizar o cuidado das necessidades de saúde da comunidade com custos razoáveis, previsíveis e controláveis (proposta pela APS Ampliada) atendendo às necessidades individuais mais frequentes no serviço de saúde (base do planejamento da APS Clássica). Na prática, isso significa notar que, se em uma comunidade de 100 pessoas 30 usuários geram 60 consultas, sendo 30 destas consultas atendimentos psiquiátricos, 20 destas consultas atendimentos de quadros de Infecção de Vias Aéreas (IVAS), e 10 destas consultas atendimentos por outros motivos, embora possamos afirmar que a maior parte das consultas realizadas no serviço de saúde originadas através das demandas dos usuários é por problemas psiquiátricos e IVAS, e inclusive planejar os atendimentos do serviço de saúde para atender a estas necessidades (como propõe o modelo estrutural da APS Clássica) não podemos dizer que os principais problemas de saúde da comunidade sejam doenças psiquiátricas e ivas, e muito menos organizar o serviço de saúde baseados nestes atendimentos acreditando que estamos atuando sobre os problemas de saúde da comunidade, como propõe o modelo de APS Ampliada. Se a Medicina Comunitária inova com um paradigma que pressupõe que a identificação dos principais agravos e doenças dentro de uma comunidade deve ocorrer a partir dos seus dados epidemiológicos e sanitários, e que o planejamento da atuação contra estes agravos assim definidos é a melhor forma de se ofertar saúde a uma comunidade, produzindo melhores resultados e com menores custos, na comunidade / território acima aventado, se descobrimos que epidemiologicamente a principal causa de morte é Cardiovascular, e que das 100 pessoas desta comunidade 60 pessoas possuem hipertensão e diabetes, fatores de risco para doenças cardiovasculares, ainda que estas pessoas estejam oligo ou assintomáticas (e por isso não procuram o serviço de saúde), devemos planejar e estruturar o serviço de saúde prioritariamente para o atendimento a estas pessoas e para o acompanhamento da evolução destes fatores de risco dentro da comunidade ao invés de planejarmos e estruturarmos o serviço de saúde prioritariamente para os atendimentos psiquiátricos e de Ivas em função da maior frequência de solicitação de consulta no serviço de saúde para estas doenças / agravos.

Em nossa revisão histórica até o momento pudemos compreender como surgiu e o que é o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS); compreender a existência de diferentes tipos de APS em função de seus diferentes agrupamentos de atributos (APS

Seletiva, Clássica, Ampliada); compreender como a situação história influenciou no surgimento da teoria da Medicina Comunitária, que trouxe uma nova forma de abordagem à saúde ao instaurar, como seu paradigma, o planejamento de ações em saúde a partir dos resultados da análise global dos dados de saúde epidemiologicamente e sanitariamente definidos da comunidade, e não a partir dos resultados da análise global dos dados de saúde provenientes dos atendimentos prestados aos indivíduos que buscam pelo serviço de saúde, e compreender como a APS Ampliada, baseada na teoria da Medicina Comunitária, distancia-se da APS Clássica em função, sobre tudo, da incorporação dessa mudança de paradigma como um de seus atributos.

Iniciaremos agora nossa análise sobre o tipo de APS adotado no contexto brasileiro.

A comparação entre os atributos da Atenção Primária em Saúde Ampliada (APS Ampliada) com os atributos da Atenção Básica em Saúde (AB), modelo adotado no Brasil em seu sistema de saúde público (Sistema Único de Saúde - SUS) indica a igualdade destes dois modelos. Em função disto caberia nos perguntar por que se optar pelo uso de um novo termo (Atenção Básica) se o modelo da Atenção Básica adota os mesmos atributos do modelo da Atenção Primária em Saúde Ampliada (APS Ampliada). Segundo Cutolo (2020), a adoção de um nome diferente ocorreu por motivos políticos. Diz ou autor:

Dos tipos de APS discutidos anteriormente (Seletiva, Clássica e Ampliada), poderíamos afirmar que a Atenção Primária da Saúde Ampliada é a opção teórica escolhida pelo Ministério da Saúde. Na busca de uma identidade que caracterizasse uma opção política, e para diferenciar essa opção, o Ministério da Saúde assumiu que a APS Ampliada será chamada de Atenção Básica de Saúde

Desta forma, compreendemos que Atenção Básica é sinônimo de APS Ampliada e define-se como tal, sendo então o modelo de Atenção Primária a Saúde Ampliada o modelo adotado politicamente pelo Estado brasileiro para ofertar serviços de saúde aos seus cidadãos.

Resta-nos agora, para concluir nosso objetivo inicial, responder à seguinte questão: O que seria, então, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

Sabemos que a Atenção Primária a Saúde Ampliada, chamada no Brasil de Atenção Básica, foi o modelo de prestação de serviços em saúde cujos atributos foram escolhidos para serem ofertados pelo sistema de saúde público brasileiro. Entretanto, o modelo vigente à época desta escolha não possibilitava que estes atributos fossem ofertados. Surgiu então a dúvida: como fazer a implementação deste serviço? A resposta a isso foi: através de uma estratégia, a Estratégia de Saúde da Família - ESF. Como defendido por Cutolo (CUTOLO, 2020):

Estratégia Saúde da Família é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica de Saúde no Brasil. Confuso? Vamos de traz para frente: A ESF é a estratégia operacional da ABS, que é a personificação brasileira da APS ampliada, ou seja orientada para a comunidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi (é) um "manual passo a passo" para implementação, no serviço de saúde público brasileiro (SUS), dos atributos tidos como essenciais pelo Estado brasileiro na prestação deste serviço aos seus cidadãos. Estes atributos (ser voltado para demandas de saúde epidemiologicamente e sanitariamente determinadas em um território/comunidade; ser universal; ser longitudinal; ser integral; ser o primeiro contato do usuário em seu pedido pela prestação de serviço de saúde e ser coordenador do cuidado deste usuário junto a outras estruturas de saúde que ele necessite) são atributos caracterizadores do modelo da APS Ampliada, chamado no Brasil de Atenção Básica a Saúde (AB), embasado nos princípios da Medicina Comunitária.

O "manual" da Estratégia de Saúde da Família definiu, por exemplo, que o novo modelo de saúde devia aproveitar as estruturas já existentes, construídas pelo modelo de saúde anterior, para promover seus atendimentos: Os "postinhos de saúde- futuras Unidades Básicas de Saúde - se transformaram no local de primeiro contato e prestação de serviços em saúde de baixa tecnologia e os hospitais foram articulados a estas unidades de saúde e articulados entre si, formando uma estrutura de prestação de serviços em saúde organizada em "rede", abrangendo desde níveis de baixa até alta tecnologia em sua prestação de serviço. Definiu ainda que: a organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde deve ser feita a partir da formação de equipes, chamadas de Equipes de Saúde da Família (EqSF), e de territórios, chamados territórios de saúde; definiu que os territórios de saúde são formados a partir de critérios de acessibilidade, identidade, etc., e não políticos; que as equipes de saúde de família devem ser formadas por um mínimo de profissionais ( pelo menos 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem e 1 ACS para no máximo 750 pessoas e no máximo 12 ACS por equipe); que cada equipe de saúde da família da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vinculada e se responsabiliza por um território de saúde; que cada Equipe de Saúde da Família (EqSF), deve cadastrar todas as pessoas / famílias do seu território e atender, idealmente, até 3500 pessoas; que cada EqESF deve identificar demandas e estabelecer projetos e consultas de intervenção em saúde no seu território utilizando dados da epidemiologia e vigilância sanitária de sua área; que a UBS pode ter mais que 01 equipe de saúde da família, a depender de sua necessidade em relação ao território, etc

Fica claro que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não é um modelo de Atenção Primária em Saúde (APS), mas a forma de agir para implementar a APS desejada. Decorre disso que aplicar a Estratégia de Saúde da Família para implementar um serviço de saúde não significa adotar o modelo da Atenção Primária em Saúde Ampliada como modelo definidor das características fundamentais deste serviço de saúde. Isso implica que podemos usar a ESF para implementar outros modelos de saúde, como a Atenção Primária em Saúde Clássica (APS Clássica), como de fato tem ocorrido no sistema de saúde suplementar (MACHADO; MELO; PAULA, 2019).

Cabe aqui elucidarmos a real acepção do termo "Família" dentro do conceito da Estra-

tégia de Saúde da Família. O primeiro uso do termo vinculado a serviço de saúde ocorreu na criação do "Programa Saúde da Família", um programa de saúde aplicado em algumas regiões do Brasil, desenvolvido a partir de programas como o Programa de Interiorizações de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e que serviu como teste de avaliação do modelo de saúde da APS Ampliada à realidade brasileira (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011). A designação de Programa de Saúde da Família foi substituída pela de "Estratégia de Saúde de Família" quando as estratégias estabelecidas no Programa de Saúde da Família foram fundidas às estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e adotadas como forma referencial de implantação do modelo da Atenção Primária a Saúde Ampliada (APS Ampliada) nos serviços de saúde públicos do Brasil. A esse respeito, diz Melo et al. (2018):

Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Unidade de Saúde, busca-se implementar os princípios e diretrizes formuladas pelos movimentos da reforma sanitária. Neste período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF) (...) A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial (do sistema de saúde brasileiro em geral) sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF.

Vemos então que o termo "Família" possui o mesmo significado tanto em seu uso no Programa Saúde da Família, quanto em seu uso na Estratégia de Saúde da Família, e sobre este significado, diz Cutolo (2020);

Concebido inicialmente como um Programa de Saúde Comunitária, negociações políticas que incluíam o organismo financiador, levaram à mudança de nome para Programa Saúde da Família. Embora aparentemente despreziosa, essa mudança de nome está carregada de ideologia (...) Uma vez estabelecida a família como objeto de atenção, a determinação social perde sua força como produtora de saúde e doença e, conseqüentemente a intervenção sobre ela perde o sentido. O fato é que da maneira como foi concebido, o PSF tem como princípio muito mais a comunidade do que a família, propriamente dita. A base é territorial, não é familiar, porém não se trata de negar a família como estrutura social, mas colocá-la em seu lugar, submetida à organização da sociedade (...) Não há como procurar um marco teórico da saúde familiar no PSF, ele não existe, a base do PSF é o território onde moram famílias compostas por pessoas.

Como vemos, o termo "família" dentro do conceito da Estratégia de Saúde da Família não é usado em seu significado ordinário de "pai, mãe e filhos". Considera-se antes o significado de família num contexto mais amplo, de microcosmos social. Segundo Jelin (1998, p. 26),

La unidad familiar no es un conjunto indiferenciado de individuos. Es una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, de reproducción y de distribución, con una estructura de poder y con fuertes

---

componentes ideológicos y afectivos que cementam essa organización y ayudan a su persistência y reproducción

Neste contexto, "Família" significa a menor estrutura social passível de intervenção e ao mesmo tempo interventora da estrutura social como um todo (como uma célula para os tecidos e órgãos em nosso corpo). A introdução do termo família em ESF não se trata, portanto, de enfatizar e implementar as ações em saúde a partir do enfoque do indivíduo pensado em sua singularidade, com suas doenças e demandas individuais, ou das pessoas a ele ligados consanguineamente, esperando-se identificar fatores hereditários relacionados a doenças e agravos, como fazemos na clínica médica. Trata-se, antes, do reconhecimento e apropriação do poder transformador e de transformação deste indivíduo em e por sua comunidade, seu território. É apenas nesta acepção de "Família" que se justifica o pressuposto de que, na ESF vinculada à APS Ampliada, identificada uma necessidade de saúde da comunidade (e não de um indivíduo), ações de cunho individual e centradas na família (microcosmos determinante das características do território), podem ser tomadas para assim causarem efeitos na saúde da comunidade.

A relação e adequação de escolher a Estratégia de Saúde da Família (ESF) - que considera a família como um microcosmos vivo da comunidade com potencial de alterar esta comunidade - para implementar o modelo da Atenção Primária à Saúde Ampliada (APS Ampliada) nos serviços públicos de saúde - modelo que define seu planejamento sobre "o que" se ofertará em saúde pautado pelas necessidades da comunidade - talvez fosse mais facilmente compreendida se a Estratégia de Saúde da Família fosse definida como uma Estratégia de Implantação de Ações de Saúde Planejadas Para A Comunidade A Partir Das Suas Necessidade de Saúde Epidemiologica E Sanitariamente Identificadas E Focadas Sobre A Menor Estrutura Modificadora Desta Comunidade Passível de Intervenção Visando A Melhora do Seu Estado de Saúde.

**Em síntese, a partir do exposto, entendemos que Atenção Primária em Saúde (APS) é um conceito geral que explicita e delimita os atributos considerados necessários em um serviço de saúde; que cada agrupamento de atributos determina um tipo de APS; que existem diversas APSs, dentre elas a APS Ampliada, e que por isso nem toda APS é APS Ampliada; que a APS Ampliada defende que a oferta de ações de saúde por um serviço de saúde seja universal, integral, longitudinal, possua diferentes níveis de tecnologia, seja voltada ao atendimento prioritário das demandas de saúde epidemiologicamente e sanitariamente identificados em um território e com mecanismos que promovam a sua coordenação, planejamento e controle de custos; que a APS Ampliada se apoia conceitualmente nas teorias de abordagem em saúde derivadas da Medicina Comunitária; que o modelo de prestação de saúde da APS Ampliada corresponde ao modelo de Atenção Básica do contexto brasileiro; que APS Ampliada / Atenção Básica não é ESF, pois APS refere-se**

ao "o que ofertar em saúde", enquanto ESF refere-se a "como implementar esta oferta"(p.ex. através da adoção de equipes de saúde multiprofissionais, carga horária de 40 horas semanais, auxílio de nasf, etc.), podendo-se inclusive implementar um modelo de saúde que não seja o da APS Ampliada / Atenção Básica utilizando-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Uma vez entendidos e claramente definidos todos os termos centrais, usualmente presentes nas discussões acerca dos serviços de saúde pública brasileira, precisamos agora apreender os marcos regulatórios do serviço de saúde no Brasil, ou seja, identificarmos os instrumentos legais que determinaram que o tipo de APS a ser ofertado pelo SUS é a APS Ampliada / Atenção Básica, e que sua implantação se dará a partir da estratégia descrita pela ESF.

A instituição da prestação do serviço de saúde tal como concebemos hoje foi prevista como um direito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2020a)

A **saúde é direito** de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação

E complementado pela lei 8080 (BRASIL, 2020f) em seu artigo segundo:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício

A função de regular, fiscalizar e controlar a prestação de serviços da saúde foi definida como atribuição do Poder Público no Art. 197 da Constituição (BRASIL, 2020a)

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, **cabendo ao Poder Público** dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação, fiscalização e controle**, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Estão ainda previstas na constituição, em seu artigo 198 (BRASIL, 2020a), a prioridade as atividades de saúde preventivas

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

II - atendimento integral, com **prioridade para as atividades preventivas**, sem prejuízo dos serviços assistenciais

E em seu artigo 200 (BRASIL, 2020a), a atribuição de realizar ações de vigilância sanitária, epidemiológica, de saúde do trabalhador e saneamento básico.

Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

II - **executar** as ações de **vigilância sanitária e epidemiológica**, bem como as de saúde do trabalhador;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

A evolução e operacionalização dos princípios e valores dos serviços de saúde no Brasil ocorre num processo contínuo, historicamente determinado, como bem indica [Preuss \(2018\)](#), e estão normatizados atualmente pela Portaria 2436 de 21 de Setembro de 2017 ([SAÚDE, 2020](#)) que institui a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab2017).

Esta Portaria, que para alguns reafirma e remodela as diretrizes de saúde anteriores ([MELO et al., 2018](#)), apresenta diretrizes de interesse para nosso estudo, expressas nos seguintes artigos:

**Art. 1º** Esta Portaria **aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, **estabelecendo-se as diretrizes para a organização** do componente **Atenção Básica**, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

**Art. 2º § 2º** A **Atenção Básica** será **ofertada** integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, **de acordo com suas necessidades e demandas do território**, **considerando os determinantes e condicionantes de saúde**.

**Art. 4º** A PNAB tem na **Saúde da Família sua estratégia prioritária** para expansão e consolidação da Atenção Básica.

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

**Art. 7º** São **responsabilidades comuns a todas as esferas de governo**:

XI **Planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios**;

XII **Estabelecer mecanismos de auto avaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação**;

**Artigo 9º** **Compete às secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal**

XI **fortalecer a Estratégia de Saúde da Família** na rede de serviços **como a estratégia prioritária** de organização da Atenção Básica.

**Art. 10** **Compete às Secretarias Municipais de Saúde** a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

**II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;**

**X- inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica**

**XI- Prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e consolidação da Estratégia de Saúde da Família**

**Anexo - Capítulo I - Das disposições gerais da atenção básica à saúde**

### **1- Princípios e diretrizes da atenção básica.**

#### 1.2 - Diretrizes

- **Territorialização e adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter setoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, por tanto, adscritos a ele.

### **5- Do Processo de Trabalho na Atenção Básica**

**I Definição do território e territorialização - (cada equipe) deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade (...)** Neste processo, **a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção à Saúde se mostram como referenciais** essenciais para identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

**X Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população,** com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência (...) **Recomenda-se a utilização de instrumentos de Planejamento Estratégico Situacional em saúde.**

**XII Desenvolvimento de ações e prevenção de doenças e agravos (...)** As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

**a. vigilância da situação da saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, o estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;**

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta em saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis;

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

Entende-se, a partir da leitura dos artigos da Constituição e Pnab que:



- 
- a) Saúde, no Brasil, é direito de todos, cabendo ao Poder Público regulamentar, fiscalizar e controlar os serviços de saúde
- b) A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) é o mecanismo legal através do qual o Poder Público determina as características dos serviços públicos de saúde no Brasil
- c) O modelo de saúde adotado pelo Estado, chamado de Atenção Básica, apresenta atributos equivalentes aos atributos da Atenção Primária em Saúde Ampliada
- d) A estratégia de organização dos serviços de saúde públicos para implementação de suas ações em saúde será a Estratégia de Saúde de Família
- e) A ESF define que o município será dividido em territórios de saúde, e que cada território a uma equipe de saúde (Equipe de ESF).
- f) As ações de saúde de um território serão planejadas por sua Equipe de ESF, que estabelecerá as prioridades de intervenção e formas de monitoramento e avaliação de suas ações de saúde
- g) A Equipe de ESF deve seguir os passos do Planejamento Estratégico Situacional para realizar o planejamento em saúde
- h) Cabe à Equipe de ESF realizar a vigilância dos dados de saúde de seu território
- i) O planejamento das ações de saúde pela equipe de ESF deverá ocorrer em função das necessidades epidemiológica e sanitariamente identificadas por esta equipe em seu território, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, e não em função das demandas espontâneas dos usuários atendidas no serviço de saúde
- j) No planejamento das ações de saúde de intervenção a Equipe de ESF deve utilizar os dados derivados das ações de vigilância em saúde sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador e da Promoção à Saúde como referenciais para identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença no território
- k) As ações de saúde de prevenção à doenças e promoção à saúde terão prioridade frente às ações curativas/remediativas
- l) Cabe às Secretarias Estaduais e Municipal de Saúde promoverem esta forma trabalho prestando o apoio institucional necessário para sua implantação.

A partir da análise do preconizado Constitucionalmente e através da Pnab 2017, da análise das bases norteadoras e constituidoras do modelo de saúde da Atenção Primária à Saúde Ampliada /Atenção Básica de Saúde e da análise do seu modo de implantação através da ESF, e comparando-se estes itens ao padrão de serviço de saúde prestado na Unidade Rodeio 50 à sua população de referência verificamos que o planejamento das ações em saúde nesta Unidade está mais próximo ao padrão de planejamento preconizado pela Atenção Primária a Saúde Clássica (que tem o planejamento de suas ações voltado ao atendimento das demandas espontâneas geradas pelos seus usuários, resultando em um processo de trabalho voltado para atendimento de doenças e situações clínicas daqueles que acessam a unidade de saúde) do que ao da Atenção Primária a Saúde Ampliada

(que tem o planejamento de suas ações voltado ao atendimento das demandas epidemio e sanitariamente identificadas em seu território, resultando em um processo de trabalho voltado para o atendimento a estas necessidades) e deduz-se que o funcionamento deste serviço está em desacordo com a determinação do Poder Público expressa na Constituição e na Política Nacional de Atenção Básica.

Pode-se argumentar, por outro lado, que a unidade apresenta as características operacionais previstas pela ESF (como o emprego das ACS em ações de saúde; atendimento de várias especialidades como ginecologia, cardiologia, pneumologia, pediatria, etc., por um único profissional médico, que serve de referência do paciente; obrigatoriedade de equipe mínima constituída por acs, médico, enfermeiro e profissional de enfermagem, etc) e que por este motivo o funcionamento da Unidade estaria de acordo com o determinado pelo Pnab. Entretanto, como vimos previamente, a mera utilização da Estratégia de Saúde da Família por um prestador de serviços em saúde para implementação dos seus serviços não é condição determinante de que este serviço adote os atributos definidos no modelo de Atenção Primária à Saúde Ampliada/Atenção Básica, pois seguir uma estratégia de implementação de um serviço não implica obrigatoriamente a adoção de nenhum atributo de um modelo Atenção Primária em Saúde em específico. Observa-se, inclusive, certa tendência em se seguir a operacionalização proposta pela ESF pela Saúde Suplementar no Brasil, francamente apoiada no modelo da APS Clássica, sem que isso signifique, de forma alguma, a conversão e adoção dos serviços de Saúde Suplementar aos princípios da APS Ampliada. Como salientam [Machado, Melo e Paula \(2019\)](#),

A ANS tem incentivado a adoção de estratégias similares à APS na saúde suplementar, com destaque para a Medicina de Família e Comunidade (...) A menor taxa de encaminhamentos e a racionalização do uso de exames complementares são habilidades que convêm a empresas e seguradoras do mercado. No entanto, a formação voltada para a comunidade, atividades em grupo, terapia familiar, práticas integrativas não fazem parte das competências priorizadas ou mesmo possíveis nesse cenário, de maneira que o título de médicos de família e comunidade é clivado em sua construção ideológica. Além disso, sua atuação é descolada de uma realidade socioterritorial e conduzida a uma outra lógica, mercantil.

Podemos então concluir que a Unidade Rodeio 50, embora operacionalize a implementação de seus serviços em saúde a partir da estratégia proposta pela ESF, ainda que absorva parte dos atributos defendidos na APS Ampliada/Atenção Básica (como a universalidade, a longitudinalidade e a integralidade, o primeiro acesso e a coordenação dos serviços) ao estruturar o planejamento do seu processo de trabalho em função dos problemas de saúde mais frequentemente apresentados pelos indivíduos usuários deste serviço - paradigma do modelo da Atenção Primária a Saúde Clássica - afasta-se radicalmente do paradigma estruturante e fundamental do modelo da Atenção Primária em Saúde Ampliada / Atenção Básica, de planejamento do processo de trabalho em função

das necessidades da comunidade epidemio e sanitariamente determinados - conforme preconizado pelo Pnab - mantendo-se, portanto, a necessidade do ajustamento do serviço de saúde da Unidade Rodeio 50 à ordenação legal.



## 4 Metodologia

Neste trabalho utilizamos o método do Planejamento Estratégico Situacional para avaliarmos a adequação da escolha do nosso problema de saúde, realizarmos a proposição de ações destinadas a resolvê-lo e criarmos formas de avaliarmos o sucesso ou não das nossas ações. Escolhemos este método por ser o definido pela Pnab 2017 como método de planejamento de ações em saúde pública.

Conforme apresentado por [Lacerda, Botelho e Colussi \(2016\)](#), este método preconiza a realização de 05 passos, assim definidos:

1. Diagnóstico: identificação do(s) problema(s) e do(s) fator(es) relacionado(s) à situação observada;
2. Identificação e definição de prioridades de intervenção para implementar soluções;
3. Descrição e explicação dos problemas;
4. Decisão de ações a serem seguidas para solução do problema, identificando os responsáveis pelas ações;
5. Definição dos procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação para avaliar se o que foi proposto está adequado aos objetivos, e se os resultados são os esperados.

Seguindo esta Metodologia, em relação à primeira etapa do Planejamento Estratégico Situacional - Diagnóstico - podemos dizer que:

A comparação entre os dados epidemiológicos e sanitários da comunidade atendida pela Unidade Rodeio 50 e os dados dos atendimentos de saúde prestados a esta comunidade pela Unidade demonstra que os atendimentos em saúde prestados pela Unidade Rodeio 50 não estão voltados para resolução das necessidades de Saúde da Comunidade epidemiologicamente e sanitariamente determinadas, mas dos indivíduos que acessam a Unidade de Saúde, o que contraria a legislação de saúde no País. Por tanto:

Como Situação Problema (toda e qualquer situação considerada insatisfatória ou impeditiva para um ator alcançar seus propósitos) elegemos: a não priorização de atendimento em saúde que visem a resolução de problemas de saúde da comunidade, epidemiologicamente e sanitariamente definidos, conforme análise da Equipe de ESF.

Como “Situação Alvo” / “Imagem Objetivo” (situação aonde queremos chegar, os objetivos a serem alcançados, a situação ideal) estabelecemos: a priorização de atendimentos em saúde que visem a resolução dos problemas de saúde da comunidade, epidemiologicamente e sanitariamente definidas, conforme análise da Equipe de ESF.

A identificação deste problema se deu a partir do Diagnóstico Social, Percepção Pessoal e da Equipe de Saúde, sendo por isso considerado como tema importante tanto pela comunidade, quanto pela equipe da Unidade.

Particularmente, a necessidade de se intervir nesta situação deriva da crença pessoal, existente desde os tempos de faculdade, no potencial do paradigma de planejamento do serviço de saúde em função dos dados epidemiológicos e sanitários de seu território (e não das demandas de seus usuários) - paradigma este estruturante da Medicina Comunitária, presente no modelo da Atenção Primária em Saúde Ampliada e implementado no Brasil via ESF - como fator de melhora do estado de saúde da população a custos viáveis pelo Estado. Ademais, minha vinculação ao Programa Mais Médicos pressupõe que exerço minhas funções de médico da ESF prestando serviços de saúde público no modelo da Atenção Primária à Saúde Ampliada, o que ainda não ocorre em função do não planejamento e não priorização da prestação destes serviços médicos em saúde a partir das condições de saúde epidemio e sanitariamente identificados na comunidade, sendo portanto estes os fatores de estímulo pessoal para a elaboração de um projeto que altere esta realidade.

Quanto à tipologia, trata-se de um problema de Natureza Atual (pois ocorre no momento, não sendo portanto nem um problema potencial nem solucionado); de Posição Intermediária e Terminal na organização (intermediário por referir-se à organização e funcionamento do serviço, e terminal por referir-se às necessidades e demandas de saúde e doença da população); cuja Governabilidade caracteriza-se como um Problema de Baixo Controle (a necessidade de estratégias de convencimento de outros atores para potencializar a atuação sobre os mesmos implica na impossibilidade de Governabilidade Total, mas também indica não ser um Problema Fora de Controle, sem possibilidade de intervenção), e por fim, quanto a Complexidade, é um problema semi- estruturado (multicausal e nem sempre fácil de ser identificado, ao contrário dos problemas estruturados, de causas conhecidas e fácil ação).

Para realizarmos o segundo passo do Planejamento Estratégico Situacional - Identificação e Definição de Prioridades de Intervenção para Implementar Soluções - utilizamos o método CENDES-OPAS (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016). Este método preconiza que sejam avaliadas diferentes dimensões do problema, conforme descreveremos a seguir:

- Magnitude do problema - quantidade de pessoas atingidas pelo problema e com que frequência.
- Transcendência - quantas pessoas se interessam pelo problema;
- Vulnerabilidade - capacidade de intervenção sobre o problema - quanto mais condições, maior a vulnerabilidade;
- Custos - quantidade de recursos que precisam ser disponibilizados.

Também utilizamos os critérios de urgência e de governabilidade do sistema (entendido como número de variáveis decisivas controladas pelo(s) autor(es) que realizam ativamente o planejamento), tal como proposto por Lacerda, Botelho e Colussi (2016).

---

Problema: Condições de saúde epidemiologicamente e sanitariamente identificadas pela Equipe de ESF Rodeio 50 em seu território não são prioritariamente atendidas no serviço de saúde da Unidade Rodeio 50.

---

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Custos	Urgência	Governabilidade
4	4	4	4	4	4

---

Valor final: 22

---

A cada critério foi dada uma pontuação de 0 a 4, sendo 0 para a inexistência do critério analisado, 1 para ocorrência pouco significativa, 2 para ocorrência mediana, 3 para alto grau de ocorrência e 4 para um nível muito alto de ocorrência. Para o item “custo”, a pontuação atribuída terá lógica inversa das demais (quanto maior o custo, menor a pontuação), visto que será a somatória do valor atribuído a cada indicador que traduzirá a importância e capacidade de resolução do problema, e o custo, neste caso, opera em lógica inversa aos demais.

Consideraremos que uma pontuação acima de 90% do valor total atribuído a somatória dos itens (24 pontos segundo a escala atual) será indicativo de grande relevância de intervenção, e que o valor mínimo de 2 deve ser atribuído no item governabilidade para que consideremos abordar o problema avaliado.

Conforme sintetizado na tabela abaixo, o problema aventado, segundo critérios avaliados, é de fato um problema de grande relevância para nossa área e com possibilidades de intervenção.

Na execução do terceiro passo do Planejamento Estratégico Situacional - Descrição e Explicação dos Problemas - consideramos:

**Descritor do Problema** (“o quê”; “a quem”; “quando” e “onde”): não prestação de atendimento em saúde baseado nas condições de saúde da comunidade aos usuários da unidade Rodeio 50 desde o início da implantação do serviço de saúde até os dias atuais no município de Rodeio, Santa Catarina, Paraná, Brasil.

**Descritor 1:** Reuniões de planejamento de trabalho em ESF não resultam em produtos adequados para programação e acompanhamento dos resultados de ações em saúde baseadas nos dados da comunidade.

**Descritor 1.1** Falta estruturação das reuniões primando pela coleta, atualização e análise sistemática dos dados de saúde da comunidade, objetivando a identificação de problemas de saúde comunitários, a formulação de estratégias de modificação destes problemas, o acompanhamento do resultado destas ações através da observação da evolução das condições de saúde da comunidade e o julgamento do custo-benefício destas ações em saúde.

**Descritor 1.2** Não faz uso do Planejamento Estratégico Situacional nas reuniões

de planejamento, como definido pela Pnab.

**Descritor 2:** Inexistência de um Processo de Trabalho na Unidade que priorize ações voltadas para resolução de problemas de saúde identificados epidemiológica e sanitariamente na comunidade.

**Descritor 2.1:** A definição do processo de trabalho da Unidade de Saúde não ocorre por decisão da Equipe de ESF, mas pelo enfermeiro Administrador da UBS e seus superiores.

**Descritor 2.2:** Ao não apoiar este tipo de trabalho não se atenta a obrigação legal da Secretaria Municipal de estimular institucionalmente a implementação do mesmo, conforme determina a Pnab.

**Descritor 3:** Inexistência de priorização de Atendimento Médico a resolução dos problemas de saúde identificados epidemiológica e sanitariamente na comunidade.

**Descritor 3.1:** O médico não tem autonomia de agenda. As decisões de agenda do médico dependem da aceitação pelo enfermeiro Diretor Clínico do serviço médico e seus superiores.

**Descritor 3.2:** Ao não apoiar este tipo de trabalho não se atenta a obrigação legal da Secretaria Municipal de estimular institucionalmente a implementação do mesmo, conforme determina a Pnab.

Em relação à **Explicação dos Problemas** a partir da relação entre seus descritores, acreditamos que a inexistência de estrutura formal das Reuniões de Planejamento de Trabalho em Estratégia de Saúde da Família, como determinada no Planejamento Estratégico Situacional, com etapas e objetivos claros, impede a identificação epidemiológica e sanitária das reais demandas de saúde da comunidade pela equipe de ESF, impede a formulação de estratégias de intervenção para resolução destas demandas pela Equipe de ESF, bem como inviabiliza o acompanhamento dos resultados destas ações de saúde e avaliação e controle de seu custo benefício também pela equipe. Por sua vez, a ausência destes "produtos" advindos das reuniões de Planejamento de Trabalho em ESF não cria demanda nem de um processo de trabalho na unidade que priorize a resolução das necessidades de saúde epidemiológica e sanitariamente definidas do território, nem de atendimentos médicos que também priorizem a resolução destas necessidades e a ausência dessa demanda evita que a inexistência tanto deste fluxo de trabalho na unidade quanto destes atendimentos médicos sejam sentidos pela equipe. Reciprocamente, a inexistência tanto de um fluxo de trabalho na unidade quanto de atendimentos médicos que priorizem o atendimento das necessidades de saúde epidemiológica e sanitariamente identificados no território corroboram para que a ausência de produtos adequados advindos das reuniões de Planejamento de ESF não seja sentida pela equipe, perpetuando o problema do não atendimento às demandas de saúde da comunidade pela Unidade de Saúde sem que a Equipe de Saúde da Família possa se dar conta disso.

Como fator dificultador da mudança identificamos que o treinamento e a disponibili-



dade de tempo e de pessoal para realizar reuniões de Planejamento de Trabalho em ESF que gerem produtos adequados, quanto as definições acerca da criação de um fluxo de trabalho da unidade e de consultas médicas voltadas para o atendimento das necessidades da comunidade identificadas nas reuniões de trabalho em ESF não dependem da decisão da Equipe de ESF, mas do Administrador do serviço de saúde e seus superiores, o que implica na necessidade da compreensão e aceitação por eles da mudança a ser implementada para adequação do serviço de saúde ao Pnab 2017 e Mais Médicos, bem como de acertos políticos destes com os diversos agentes sociais que detém poder de interferência política no município e, conseqüentemente, em toda a rede de saúde municipal (inclusive equipe de ESF).

Como fator promotor da mudança, identificamos que a Unidade apresenta excelente estrutura física, equipamentos, recursos humanos e habilitação profissional considerando-se a oferta de serviço a ser implementada.

Consideramos como conseqüências do problema abordado:

- Direcionamento do processo e da dinâmica de trabalho da unidade para a resolução das necessidades particulares dos usuários demandantes;
- Desinteresse por parte da equipe da realização de esforços para se conhecer a realidade territorial de área sobre responsabilidade da EqSF, pois este conhecimento não alterará a realidade do trabalho, levando a não atualização regular dos dados das micro áreas e, ao final, ao desconhecimento da realidade territorial pela equipe de ESF;
- Não estabelecimento de fato da Atenção Primária a Saúde / Atenção Básica como modelo de prestação de serviços de saúde, visto que o desconhecimento da realidade territorial da área de responsabilidade da Equipe de saúde impede a identificação das necessidades de saúde da comunidade;
- Não vislumbramento do real potencial de alteração das condições de saúde da comunidade pela prestação de serviço em saúde apoiado no modelo da Atenção Básica implementado pela ESF frente a outros modelos de Atenção Primária a Saúde, como a Atenção Primária a Saúde Clássica, ainda que estes outros modelos utilizem a estratégia da ESF para sua implementação, pois é justamente o foco na satisfação das necessidades de saúde da comunidade epidemiologica e sanitariamente identificados no território pela Equipe de Saúde da Família, e não o foco na satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos da comunidade expressas por suas demandas espontâneas, como na Atenção Primária a Saúde Clássica, o fator promotor da maior eficiência da Atenção Básica, e que a distância das demais formas de oferta de serviços de saúde apresentadas pelos outros modelos de Atenção Primária a Saúde;

- Criação de um ambiente de trabalho desestimulador, estressante, voltado para resolução de queixas repetidas, de ocorrência imprecisa, em um modelo desgastante de atendimento e pouco recompensador, visto a impossibilidade de avaliar a importância e a efetividade do trabalho dos funcionários frente aos problemas de saúde da população atendida;
- Impossibilidade de Planejamento e Controle de Custos em saúde de forma eficiente pelo Município, visto que a vinculação das ações em saúde à resolução de demandas individuais, caracteristicamente erráticas, impede qualquer projeção acurada;
- Aplicação inadequada dos recursos públicos, visto que tanto a verba recebida pelo município - conforme definido no Pnab 2017 - como a adesão pelo município ao Programa Mais Médicos, através da Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013 (BRASIL, 2020) , vinculam a verba recebida à execução do serviço de saúde através do modelo de saúde da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde Ampliada, operacionalizada através da ESF, e o modelo do serviço da Unidade Rodeio 50 hoje encontra-se próximo ao modelo da Atenção Primária em Saúde Clássica operacionalizado através da ESF.

O quarto e quinto passos do planejamento - 4. Decisão de ações a serem seguidas para solução do problema, identificando os responsáveis pelas ações e 5. Definição dos procedimentos de avaliação e monitoramento da implementação da ação para avaliar se o que foi proposto está adequado aos objetivos - estão sintetizados na tabela abaixo:

..

.

Causas / Nó Crítico:	Reuniões de planejamento de trabalho em ESF não estruturadas não resultam em produtos adequados para programação e acompanhamento dos resultados de ações em saúde baseadas nos dados da comunidade.
Objetivo Específico:	Estruturar as reuniões de planejamento de ESF para que dela resultem produtos adequados para a programação e acompanhamento de ações em saúde baseadas nos dados epidemiológico e sanitários da comunidade.
Meta:	Permitir que a cada reunião de trabalho em ESF a equipe seja capaz de identificar e atuar sobre um problema de saúde da comunidade ou avaliar os resultados de suas ações, definindo a continuidade ou não das mesmas a partir destes resultados.
Ação:	<p>a) Realizar a adscrição de todos os usuários no prontuário online da UBS atualizando estes dados mensalmente.</p> <p>b) Coletar dados epidemiológicos e sanitários da área de responsabilidade da equipe com periodicidade mínima mensal.</p> <p>B) Realizar a síntese destes dados por micro área e por área de abrangência com periodicidade mínima mensal.</p> <p>c) Aplicar o Planejamento Estratégico Situacional (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016) para elaboração do Trabalho em Estratégica de Saúde de Família em cada Reunião de ESF.</p>
Responsável pela Ação:	ACSS, Enfermeiro, Tec. Enfermagem e Médico da EqSF
Local da ação:	Sala de Reuniões da Ubs Rodeio 50, durante as Reuniões de Planejamento de Trabalho em Estratégica de Saúde de Família (reuniões de ESF)
Periodicidade:	Pelo menos mensal, como definido acima
Público alvo:	Equipe de ESF
Indicador:	Qual o percentual de reuniões de planejamento de trabalho em ESF em 1 ano resultou em propostas de programação e possibilitaram o acompanhamento dos resultados de ações em saúde baseadas nos dados da comunidade?
Juízo de valor:	<p>Nenhuma a 25% das reuniões - péssimo (considerando 12 reuniões no mínimo, 0 a 4 reuniões);</p> <p>26 a 50% das reuniões - ruim (considerando 12 reuniões no mínimo, 5 a 6 reuniões);</p> <p>50 a 75% das reuniões - bom (considerando 12 reuniões no mínimo, 7 a 8 reuniões);</p> <p>76 a 90 % das reuniões - muito bom (considerando 12 reuniões no mínimo, 9 a 10 reuniões);</p> <p>91% ou mais das reuniões - ótimo/ideal (considerando 12 reuniões no mínimo, 11 ou 12 reuniões)</p>
Análise dos resultados e conduta:	Se juízo de valor péssimo ou ruim, reavaliar todo o processo e identificar fatores de fracasso para alterá-los (utilizar o modelo de Planejamento Estratégico Situacional na análise); Se juízo de valor bom, aprimorar processo; Se juízo de valor muito bom ou ótimo, manter processo atual.

Causas / Nó Crítico:	Inexistência de um Processo de Trabalho da Unidade que priorize a intervenção nas condições de saúde epidemiológica e sanitariamente identificadas na comunidade.
Objetivo Específico:	Introduzir a priorização, no Processo de Trabalho da Unidade, de ações de intervenção nas condições de saúde epidemiológica e sanitariamente identificadas na comunidade.
Meta:	Considerando que a principal causa de morte no município é cardiovascular e que nossos dados de prevalência de HAS e DM indicam perfil de subestimativa de pacientes com as doenças, e provavelmente pacientes subtratados, triaremos toda a nossa área de abrangência para HAS ou DM conforme definido nos Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 <a href="#">Brasil (2013a)</a> e <a href="#">Brasil (2013b)</a>
Ação:	<p>Identificação por cada ACS dos usuários não diagnosticados mas com o perfil de rastreio de DM e HAS.</p> <p>Reserva de horários e pessoas no Processo de Trabalho da Unidade para atendimento aos pacientes com o perfil desejado.</p> <p>Contato com os usuários para rastreio de HAS na Ubs ou domicílio e marcação de dia para exame de rastreio de DM.</p> <p>Criação de termo de consentimento esclarecido para assinatura pelos usuários que não desejarem acompanhamento via ESF informando que o usuário está ciente que mortes cardiovasculares são o primeiro motivo de morte na região, que HAS e DM são fatores de risco para doenças cardiovasculares, mas que usuário não deseja acompanhamento destas patologias pela UBS (retirar estes usuários da contagem de pacientes para atividade de acompanhamento).</p>
Responsável pela Ação:	Recepção da Unidade, ACS e Técnico de Enfermagem.
Local da ação:	Unidade Rodeio 50, domicílio dos usuários e laboratórios.
Periodicidade:	Ao longo de 2020
Público alvo:	Todos os usuários sem diagnóstico, mas com perfil de rastreio de HAS e Dm segundo os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37. <a href="#">Brasil (2013a)</a> e <a href="#">Brasil (2013b)</a>
Indicador:	Percentual de usuários rastreados em relação ao número total de usuários do grupo de interesse.
Juízo de valor:	Menos de 50% dos usuários - Insuficiente; 51 a 79% dos usuários - Bom; 80% ou mais dos usuários - Ótimo
Análise dos resultados e conduta:	Se insuficiente, rever conduta; Se bom, aprimorar conduta; Se ótimo, manter conduta. Utilizar modelo do Planejamento Estratégico Situacional para o trabalho de revisão e aprimoramento quando necessário

Causas / Nó Crítico:	Inexistência de priorização do atendimento médico às necessidades de saúde da comunidade identificadas epidemiológica e sanitariamente pela Equipe de Saúde da Família
Objetivo Específico:	Priorizar a agenda do profissional médico para atendimento às demandas de saúde identificadas pela análise dos dados epidemiológicos e sanitários da comunidade pela equipe de Esf
Meta:	Considerando que a principal causa de morte no município é cardiovascular, todos os pacientes rastreados positivamente ou que já sejam previamente diagnosticados com HAS ou DM, serão acompanhados pelo médico conforme definido nos Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 <a href="#">Brasil (2013a)</a> e <a href="#">Brasil (2013b)</a>
Ação:	<p>Identificação por cada ACS, dos pacientes com rastreio positivo ou diagnóstico da doença</p> <p>Contato com os pacientes acima referidos e agendando de atendimento médico para acompanhamento destas doenças.</p> <p>Reservar horários de consulta na agenda do médico suficientes para atendimento a 100% destes pacientes.</p> <p>Criação de termo de consentimento esclarecido para assinatura pelos usuários que não desejarem acompanhamento via ESF informando que o usuário está ciente que mortes cardiovasculares são o primeiro motivo de morte na região, que HAS e DM são fatores de risco para doenças cardiovasculares, mas que usuário não deseja acompanhamento destas patologias pela UBS (retirar estes usuários da contagem de pacientes para atividade de acompanhamento).</p>
Responsável pela Ação:	ACSs, recepção da UBS.
Local da ação:	Ubs Rodeio 50
Periodicidade:	Ao longo de 2020
Público alvo:	Todos os pacientes diagnosticados ou rastreados positivamente para DM e HAS de nossa área de abrangência.
Indicador:	Percentual de usuários em cada micro área, diagnosticados ou rastreados positivamente para HAS ou DM, que realizou atendimento médico para controle das patologias ao longo de 2020 conforme determinado pelos Cadernos de Atenção Básica 36 e 37. <a href="#">Brasil (2013a)</a> e <a href="#">Brasil (2013b)</a>
Juízo de valor:	Menos de 50% dos usuários - Insuficiente; 51 a 79% dos usuários - Bom; 80% ou mais dos usuários - Ótimo
Análise dos resultados e conduta:	Se insuficiente, rever conduta; Se bom, aprimorar conduta; Se ótimo, manter conduta. Utilizar modelo do Planejamento Estratégico Situacional para o trabalho de revisão e aprimoramento quando necessário.



## 5 Resultados Esperados

A partir da realização das intervenções descritas a priori esperamos, como resultado, que as demandas de saúde da comunidade epidemiologicamente e sanitariamente definidas sejam priorizadas na prestação de serviços de saúde pela equipe de ESF da unidade Rodeio 50 no município de Rodeio, Santa Catarina, Brasil.<sup>1</sup>

Esperamos ainda, como resultados adicionais/secundários:

- Direcionamento do processo e da dinâmica de trabalho da unidade para a resolução das necessidades da comunidade epidemiologicamente e sanitariamente definidas pela equipe de ESF a partir dos dados por ela coletadas de seu território;
- Interesse da Equipe de ESF pelo conhecimento da realidade territorial da área sobre responsabilidade da Equipe, pois este conhecimento determina fluxos de trabalho, levando assim à contínua atualização dos dados de cada micro área.
- Estabelecimento de fato da Atenção Primária a Saúde / Atenção Básica como modelo de prestação de serviços de saúde, como previsto em Lei.
- Vislumbramento do real potencial de alteração das condições de saúde da comunidade pela prestação de serviço em saúde apoiado no paradigma de Planejamento do serviço de saúde em função da condição epidemiológica e sanitária do território, cerne da Atenção Básica, operacionalizado via ESF, frente a outros modelos de Atenção Primária a Saúde, ainda que estes modelos utilizem estratégia de implementação similar a apresentada pela ESF.
- Criação de um ambiente de trabalho estimulante, baseado em um modelo de trabalho dinâmico, planejado e recompensador, visto a possibilidade de se confirmar a importância e a efetividade do trabalho dos funcionários membros da EqSF frente aos problemas de saúde da população atendida mediante acompanhamento destes problemas de saúde pela Equipe.
- Planejamento e o controle dos custos em saúde de forma eficiente pelo Município, visto que as demandas em saúde são identificadas e as ações são programadas antecipadamente pela equipe de ESF.
- Aplicação adequada dos recursos públicos, visto que tanto a verba recebida pelo município - conforme definido no Pnab 2017 - como a adesão pelo município ao Programa Mais Médicos, através da Lei 12.871 de 22 de Outubro de 2013 (BRASIL, 2020) , vinculam a verba recebida à execução do serviço de saúde através do modelo da atenção básica, operacionalizada através da ESF.

De forma geral, alterar o paradigma de planejamento do funcionamento do serviço de saúde pública da unidade Rodeio 50 - mudando de um planejamento estabelecido a partir da análise dos dados provenientes dos atendimentos aos usuários que acessam o serviço de saúde e voltado para a satisfação das demandas destes usuários para um planejamento estabelecido a partir da análise dos problemas de saúde identificados epidemio e sanitariamente na região e voltado para a resolução destes problemas de saúde - é o primeiro passo para a substituição de uma assistência à saúde imprevisível, passiva, individualizada, remediativa, improvisada e sem capacidade de avaliação de resolutividade de suas ações, da importância do trabalho de seus funcionários, ou controle dos seus custos por uma assistência à saúde caracterizada pelo planejamento ativo de suas ações, voltada para a melhora de saúde da comunidade principalmente através da promoção à saúde e prevenção de agravo e doenças, capaz de avaliar os resultados e custos de suas ações, promovendo o reconhecimento e maior valorização do trabalho dos profissionais envolvidos, além de maior controle dos gastos em saúde pelo município.

Acreditamos que através desta mudança de paradigma de planejamento em saúde alcançaremos estas mudanças pois, afinal;

O planejamento nos permite alcançar a imagem-objetivo, o futuro desejado, construindo um caminho entre o presente e o ponto almejado (...) Sem planejamento, os objetivos são perdidos de vista e a própria administração de recursos – materiais, humanos e financeiros – passa a ser considerada o objetivo final. Ou seja, os meios se tornam os fins. (LACERDA; BOTELHO; COLUSSI, 2016).

1 Inicialmente acreditávamos ser possível implantar esta mudança ao longo de 2020, entretanto a Pandemia de Covid-19 transformou nossa UBS e nossa equipe de ESF em Centro e Equipe de Saúde de referência para casos de Síndrome Gripal / casos suspeitos de infecção pelo Sarscov2 no município de Rodeio desde o mês de Março de 2020 e, por este motivo, ampliamos a data de implementação do projeto estendendo-a até o primeiro semestre de 2021.



## Referências

- BRASIL. *CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 36.
- BRASIL. *DECRETO No 44.045, DE 19 DE JULHO DE 1958*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1950-1969/D44045.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D44045.htm)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 16.
- BRASIL. *DECRETO N° 20.931 DE 11 DE JANEIRO DE 1932*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1930-1949/D20931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 16.
- BRASIL. *LEI No 3.999, DE 15 DE DEZEMBRO DE 1961*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/1950-1969/L3999.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3999.htm)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 16.
- BRASIL. *LEI N° 12.842, DE 10 DE JULHO DE 2013*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL. *LEI N° 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990*. 2020. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 01 Jun. 2020. Citado na página 36.
- BRASIL. *PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. 2020. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 19.
- BRASIL, M. d. S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*.: Cadernos de atenção básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 48 e 49.
- BRASIL, M. d. S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*.: Cadernos de atenção básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 48 e 49.
- CFM, C. F. D. M. *RESOLUÇÃO CFM n° 2.147/2016*. 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 16.
- CFM, C. F. de M. *PARECER CFM N° 20/2018*: Repetição de receitas de psicofármacos e controladas. 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/20>>. Acesso em: 20 Abr. 2020. Citado na página 13.
- CNES. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2020. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 16.

- CREMEC, C. R. de Medicina do C. *PARECER CREMEC N.º 02/2019*: Exame de mamografia sem solicitação médica. 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2019/2>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 13.
- CREMEC, C. R. de Medicina do C. *PARECER CREMEC N.º 10/2010*: Atendimento médico em ubasf (unidade básica de saúde familiar) e solicitação de exame complementar sem a presença do paciente. 2020. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/CE/2010/10>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 13.
- CUTOLO, L. R. A. *Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica da Saúde e a Estratégia Saúde da Família*. 2020. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/eventos-1/oficina-de-fortalecimento-de-ab/2-oficina/8509-atencao-primaria-da-saude-cutolo/file>>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 28, 30, 32 e 34.
- DEMING, W. E. *O método Deming de Administração*. São Paulo: Marques Saraiva, 1989. Citado na página 27.
- FERNANDES, C. L. C. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre, n. 68, 2013. Curso de Medicina, Departamento de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina. Cap. 3. Citado na página 22.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Psf: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial*. 2020. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/11PSF-contradicoes.pdf>>. Acesso em: 28 Mai. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 27, 28 e 30.
- GUEDES, J. da S.; SANTOS, R. M. B. dos; LORENZO, R. A. V. D. A implantação do programa de saúde da família (psf) no estado de São Paulo (1995-2002). *Saúde e Sociedade - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011. Citado na página 34.
- IBGE. *Brasil / Santa Catarina / Rodeio*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/rodeio/panorama>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 10 e 12.
- INFOSANBAS. *Infosanbas Município de Rodeio - SC*. 2020. Disponível em: <<https://infosanbas.org.br/municipio/rodeio-sc/>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 11.
- JELIN, E. *Pan y afectos: la transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1998. Citado na página 34.
- LACERDA, J. T. de; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. *Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica - Planejamento na atenção básica: Eixo 2, o trabalho na atenção básica*. Florianópolis: UFSC - ISBN: 978-85-61682-93-4, 2016. Citado 4 vezes nas páginas 41, 42, 47 e 52.
- MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. de. Medicina de família e comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o sistema Único de Saúde e para os médicos. *Cadernos de Saúde Pública - Acessível em*

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068419>, v. 35, n. 11, p. 1–5, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 33 e 40.

MELO, E. A. et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate - Acessível em* <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>, v. 42, p. 38–51, 2018. Citado 2 vezes nas páginas 34 e 37.

PREUSS, L. T. A gestão do sistema Único de saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Revista katálysis - Disponível em* <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>, v. 21, n. 2, p. 324–335, 2018. Citado na página 37.

RAMOS, V.; CARRAPIÇO, E. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*: Cap. 22 - pessoas que consultam frequentemente. Porto Alegre: Artmed editora ltda, 2019. Citado na página 22.

RODEIO, P. de. *História de Rodeio*. 2020. Disponível em: <<https://www.rodeio.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/55388>>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 10.

SAÚDE, M. da. *PORTARIA N° 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. 2020. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 37.

WIKIPEDIA. *Rodeio (Santa Catarina)*. 2020. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Rodeio\\_\(Santa\\_Catarina\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Rodeio_(Santa_Catarina))>. Acesso em: 30 Abr. 2020. Citado na página 10.