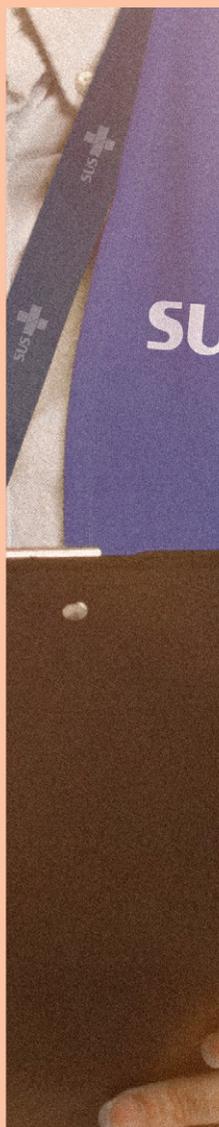


ORGANIZADORES:

**Sandra Fogaça Rosa Ribeiro**

**Rafael Ferreira**



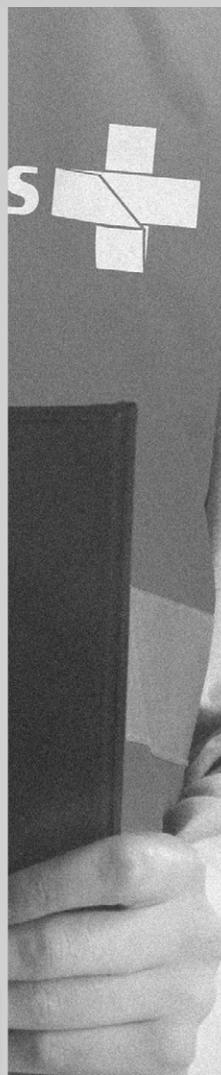
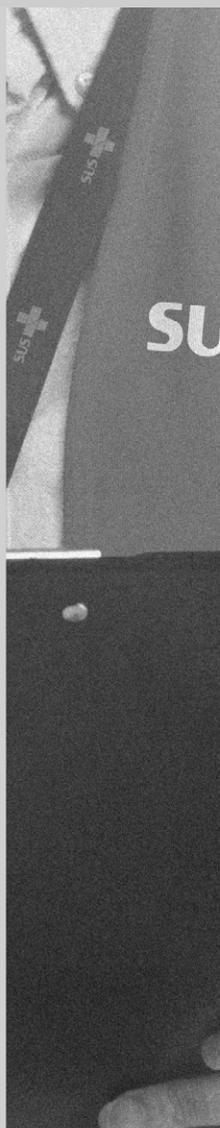
## **PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:**

UMA EXPERIÊNCIA  
DO PET-SAÚDE UFMS  
SOBRE A GESTÃO  
DO CUIDADO

ORGANIZADORES:

**Sandra Fogaça Rosa Ribeiro**

**Rafael Ferreira**



## **PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA:**

UMA EXPERIÊNCIA  
DO PET-SAÚDE UFMS  
SOBRE A GESTÃO  
DO CUIDADO



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reitor

Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Obra aprovada pelo

CONSELHO EDITORIAL DA UFMS

RESOLUÇÃO Nº 215-COED/AGECOM/UFMS.

DE 8 DE FEVEREIRO DE 2024.

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro - Presidente

Elizabete Aparecida Marques

Alessandra Regina Borgo

Maria Lígia Rodrigues Macedo

Andrés Batista Cheung

Adriane Angélica Farias Santos Lopes de Queiroz

Fabio Oliveira Roque

William Teixeira

Paulo Eduardo Teodoro

Delasnieve Miranda Daspert de Souza

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Coordenadoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

---

Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico] : uma experiência do PET-Saúde UFMS sobre a gestão do cuidado / organizadores, Sandra Fogaça Ribeiro, Rafael Ferreira. -- Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2024.  
76 p. ; il.

Dados de acesso: <https://repositorio.ufms.br>  
ISBN 978-85-7613-643-9

1. Saúde pública – Brasil. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ribeiro, Sandra Fogaça Rosa. II. Ferreira, Rafael. III. Título. IV. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde UFMS).

CDD (23) 614.0981

---

Bibliotecária responsável: Tânia Regina de Brito – CRB 1/2.395

ORGANIZADORES:

**Sandra Fogaça Rosa Ribeiro**

**Rafael Ferreira**

**PROCESSO DE  
TRABALHO NA  
ATENÇÃO BÁSICA:**  
UMA EXPERIÊNCIA DO  
PET-SAÚDE UFMS SOBRE  
A GESTÃO DO CUIDADO

Campo Grande - MS

2024



© dos autores:

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro  
Rafael Ferreira

1ª edição: 2024

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica  
TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica  
é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos para esta edição



Secretaria da Editora UFMS - SEDIT/AGECOM/UFMS

Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário  
Campo Grande - MS, 79070-900  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Fone: (67) 3345-7203  
e-mail: [sedit.agecom@ufms.br](mailto:sedit.agecom@ufms.br)

Editora associada à



ISBN: 978-85-7613-643-9

Versão digital: fevereiro de 2024.

EDITAL AGECOM Nº 7 /2022

SELEÇÃO DE PROPOSTAS DOS PROGRAMAS INSTITUCIONAIS EM FLUXO CONTÍNUO  
PARA PUBLICAÇÃO PELA EDITORA UFMS

Apoio financeiro do Ministério da Saúde, através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde: Gestão e Assistência - 2022/2023, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS/MEC - Brasil e da Secretaria Municipal de Saúde (Sesau) de Campo Grande-MS.



Dedicado a Agente Comunitária de Saúde  
Luciana Pereira da Silva (*in memoriam*)

## PREFÁCIO

É uma grande alegria ver “florescer” esta obra da experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde, o PET- Saúde, em sua 10ª versão, de um dos grupos tutoriais de aprendizagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, campus Campo Grande, cujo projeto tem, na sua essência, o exercício da indissociabilidade entre gestão e atenção.

Estamos acostumados no dia a dia a ver gestão e atenção de forma dicotomizada. Entretanto, a compreensão da indissociabilidade da gestão e da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), tão discutida entre os princípios fundamentais da Política Nacional de Humanização (PNH), é um ponto essencial para garantir a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde oferecidos à população. E, para assegurar que o SUS alcance seus princípios e diretrizes, com acesso universal e equânime à assistência à saúde, urge que gestão e atenção estejam interligadas de modo a produzir saúde para a população brasileira.

Embora pedagogicamente, na maioria das vezes, aprendamos a gestão no SUS como responsável pelo planejamento, organização, direcionamento, controle, avaliação e monitoramento das ações e serviços de saúde, garantindo a utilização racional dos recursos disponíveis e a efetiva prestação de serviços de qualidade à população; e a atenção em saúde enquanto as ações e serviços propriamente ditos – sejam de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, desenvolvidos com o objetivo de garantir o bem-estar da população; é necessário que se compreenda que as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde.

Assim, reconhecer tal indissociabilidade permite que as ações de gestão sejam direcionadas para as necessidades e demandas da população, e que os serviços de atenção à saúde sejam desenvolvidos de maneira eficiente e efetiva. Esta compreensão permite o acompanhamen-

to e a avaliação constante da qualidade dos serviços de saúde prestados, possibilitando a correção de eventuais desvios, com tomada de decisão com vistas à melhoria contínua da assistência à saúde.

Do mesmo modo, cada vez mais precisamos entender também que há indissociabilidade entre ensino, gestão e atenção à saúde, se, de fato, quisermos colocar em prática a integração ensino-serviço-comunidade bem como o que está previsto no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde.

Não custa lembrar, por fim, que o PET-Saúde está em consonância com princípios e diretrizes previstos na Resolução nº 569 de 8 de dezembro 2017, a qual reafirma tal prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde, desde a graduação até à Educação Permanente.

Por isso, aproveite a leitura desta obra organizada pela Professora Dra. Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, da Faculdade de Ciências Humanas, e pelo Prof. Dr. Rafael Ferreira, da Faculdade de Odontologia, coordenadora e tutor, respectivamente, de um dos grupos da Gestão em Saúde do projeto da UFMS. O livro é resultado do desafio aceito por ambos, conjuntamente com trabalhadores e estudantes, de registrar as experiências vivenciadas na Unidade de Saúde da Família Moreninha III, Campo Grande- MS, em virtude da atuação do grupo tutorial de aprendizagem neste local.

O SUS que dá certo existe e depende de cada um de nós: é preciso acreditar, conhecer, aprender, cuidar, mudar, recomeçar, sempre!

Aproveite a leitura!

Professora Me. Adélia Delfina da Motta Silva  
Coordenadora do PET-Saúde UFMS  
SESAU/ FAMED

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 21 jan.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Aprova os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano 155, n. 38, p. 85-90, 26 fev. 2018.

# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Rafael Ferreira ..... 12

## CAPÍTULO 1: CARACTERIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA USF MORENINHA III

Amanda Cristina Leal Kundzins, Mariana Giori Gomes,  
Marcia Gizele Ornelas..... 15

## CAPÍTULO 2: O QUE É USF E O QUE É UPÁ?

Gabrielle de Oliveira Paes, Giullia Gabrielli Galiciani,  
Danilo Araújo Coronel ..... 22

## CAPÍTULO 3: FLUXO DO USUÁRIO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Aline Coelho Arruda, Rebecca Mirian Alves de Souza,  
Marcia Gizele Ornelas..... 27

## CAPÍTULO 4: TERRITÓRIO E INTERSETORIALIDADE: PERSPECTIVAS PARA ALÉM DO ASPECTO GEOGRÁFICO

Emilli Caroline Silva Souza, Maria Fernanda Figueiró de Araújo,  
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro ..... 33

## CAPÍTULO 5: VISITA DOMICILIAR: QUEM FAZ E QUANDO FAZ

Mariana Giori Gomes, Amanda Cristina Leal Kundzins,  
Marcia Gizele Ornelas..... 41

## CAPÍTULO 6: PORTA ABERTA: O QUE E QUANDO

Maria Fernanda Figueiró de Araújo, Emilli Caroline Silva Souza,  
Rafael Ferreira ..... 47

## **CAPÍTULO 7: LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Rebecca Mirian Alves de Souza, Aline Coelho Arruda,  
Rafael Ferreira ..... 57

## **CAPÍTULO 8: CUIDADO COM O(A) TRABALHADOR(A) DE SAÚDE PÓS-PANDEMIA**

Giullia Gabrielli Galiciani, Gabrielle de Oliveira Paes,  
Sandra Fogaça Rosa Ribeiro ..... 66

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro ..... 71

# APRESENTAÇÃO

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Rafael Ferreira

Esta é uma coletânea sobre as experiências do Programa de Educação pelo Ensino da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul: exercitando a indissociabilidade da Gestão e da Assistência em Campo Grande-MS (PET-Saúde/UFMS). Esse é um programa com fomento do Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de possibilitar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Reúne relatos sobre as atividades desenvolvidas durante o segundo semestre de 2022, na Unidade de Saúde da Família (USF) Moreninha III, vivenciadas pelos autores e autoras. Trata-se de uma temática especialmente pertinente no contexto atual, diante de um contexto pós-pandemia Covid-19, que impôs uma nova realidade aos serviços de saúde, requerendo para este momento e para os próximos meses ou anos um cuidado especial, novos arranjos da gestão e da assistência, com a retomada de rotinas interrompidas, frente ao excesso de casos que invadiram todas as instâncias do sistema.

O objetivo geral é oferecer ao leitor, profissionais de saúde, acadêmicos e pesquisadores na área, um panorama das atividades realizadas pelo grupo tutorial Pet-Saúde UFMS, inserido na Unidade Saúde da Família Moreninha III, fundamentadas nos princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e nas práticas de gestão participativa, por meio da inserção na rede.

O capítulo 1 **“Caracterização e localização da USF Moreninhas III”** dará um panorama histórico da Unidade Saúde da Família Moreninha III, onde o programa esteve atuando, apresentando quantos e quais profissionais dão assistência lá, quais as subáreas, limites geográficos, breve histórico da Unidade, parceria com o NASF, procedimentos quando há troca de residência do usuário, dentro o fora do território.

O capítulo 2, com o tema **“O que é USF e o que é UPA?”** apresentará as características e ofertas desses dois equipamentos de saúde, indicando o fluxograma de ambos, de forma que possa orientar o leitor quando procurar um ou outro serviço, em seu dia a dia.

O capítulo 3, intitulado **“Fluxo do usuário dentro do serviço de saúde”** apontará os pressupostos das práticas de acolhimento, caminhos possíveis, encaminhamentos e regulação dos serviços dentro e fora da unidade.

O capítulo 4, **“Território e intersetorialidade: perspectivas para além do aspecto geográfico”** mostrará o conceito de território de forma ampla, com toda a complexidade e singularidade onde as pessoas transitam, vivem e moram, um lugar de responsabilização sanitária e atuação comunitária compartilhada.

O capítulo 5, **“Visita Domiciliar: quem faz e quando faz”** elucidará o contexto das visitas domiciliares, destacando a relevância de uma equipe multidisciplinar e a riqueza de informações que podem ser construídas e compartilhadas a partir dessa ação.

O capítulo 6, **“Porta Aberta: o que e quando”**, trará informações sobre os pontos de atenção dos serviços em saúde que atendem de forma ininterrupta, ressaltando a importância e relevância de cada ação na promoção de vida saudável da comunidade.

O capítulo 7, **“Linhas de Cuidado na Atenção Básica”**, demonstrará como as linhas de cuidado são operacionalizadas, enquanto um direcionamento para as principais temáticas de saúde na Atenção Básica, com ênfase numa delas, a Linha de Cuidado do Paciente Diabético.

O capítulo 8, **“Cuidado com o(a) trabalhador(a) de saúde pós-pandemia”**, oferecerá o relato de uma ação realizada, uma possibilidade de intervenção com profissionais de saúde, frente ao desgaste laboral, há um tempo, mas intensificado nos últimos anos de pandemia.

Cada capítulo está ligado ao outro, por um fio condutor, a gestão em saúde, mesmo que cada um apresente diferenças na escrita e sistematização, propositalmente preservadas, pois expressam um processo de escrita em ato, concomitante com as práticas vivenciadas pelas acadêmicas e equipe de coordenação, tutoria e preceptoria do Pet-Saúde UFMS na USF Moreninha III.

Com um palavra única, os organizadores manifestam a todos envolvidos no Pet-Saúde-UFMS, edição 2022/2023 algo essencial: GRATIDÃO!

# CAPÍTULO 1

## CARACTERIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA USF MORENINHA III

Amanda Cristina Leal Kundzins,  
Mariana Giori Gomes, Marcia Gizele Ornelas

### CARACTERIZAÇÃO E HISTÓRICO

Acredita-se que a organização do SUS tenha se estabelecido principalmente por meio da implantação de uma rede Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com o modelo de assistência à saúde que atenda as reais necessidades da população, priorizando as demandas individuais de cada bairro. O SUS tem como prioridade a Atenção Básica e o território em que as pessoas vivem. A Epidemiologia mapeia os espaços e a distribuição das doenças nas coletividades humanas, neles ocorridas, incluindo as que são decorrentes de seus determinantes socioambientais e ainda aplica os estudos no controle dos problemas de saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). A USF Moreninha III é assim designada pelas pessoas, no dia a dia, sendo que o nome completo é USF Dr. Judson Tadeu Ribas – Moreninhas III. É uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada no bairro Moreninha III na cidade de Campo Grande, MS. As Unidades de Saúde da Família visam realizar uma assistência integral, contínua e de qualidade na comunidade local através da equipe multiprofissional com atuação de diversos profissionais da saúde.

A unidade fazia parte do Centro Regional de Saúde (CRA) e desvinculou-se nos anos 90, a partir de então a unidade começou a atender como uma UBS, na época a unidade era referência em Campo Grande pois era uma das únicas UBS que possuía médicos especialistas como: oftalmologista, ginecologista, mastologista e pediatra. Enquanto as outras unidades de saúde apenas continham um médico generalista.

A unidade de saúde Moreninhas III atendia toda a população independentemente de morar naquela região ou não, na época os atendimentos não eram delimitados por área, então o paciente poderia morar em qualquer região da cidade de Campo Grande que poderia ser atendido.

Entretanto, no ano de 2018 a Unidade de Saúde Moreninhas III se tornou uma USF inserindo também o núcleo ampliado de saúde da família (NASF). A implementação do NASF possibilitou uma maior qualidade à assistência prestada, estabelecendo mudanças nesse sistema, sendo mudanças que devem ocorrer tanto na gestão como na execução de ações qualificadas dos profissionais de saúde. Outras mudanças ocorridas, foram as inserções dos programas integrados de residência de saúde da família (FESF/FIOCRUZ/SESAU) que se iniciaram no ano de 2020 na USF Moreninhas III. Foram iniciadas as residências multiprofissional e de medicina da família e comunidade em 9 unidades sendo elas: Moreninha, Batistão, Coophavila, Tiradentes, Oliveira, Vida Nova, Parque do Sol, Noroeste, Itamaracá.

Os programas de residências multiprofissionais (PRMSF) e as residências em Medicina da Família e da Comunidade (PRMFC) tem como proposta realizar atividades formativas assumindo integralmente as equipes de saúde da família, delimitando territórios e incluindo a formação ampliada com o NASF, sendo assim, melhorando o apoio para as unidades e para a comunidade, sob apoio da gestão com supervisão e preceptores.

## **PROFISSIONAIS E ASSISTÊNCIA**

As ações de saúde na Atenção Básica devem considerar a comunidade e seu indivíduo, sendo assim, as tecnologias de saúde podem utilizar ferramentas para o cuidado do tipo leve pelas relações através

de vínculo, acolhimento e modos relacionais de agir e também tecnologia leve-duro através dos saberes estruturados, clínicos e epidemiológicos (NOGUEIRA, 2009).

A USF Moreninhas III conta com 6 equipes de saúde da família com profissionais que atuam dentro das equipes apresentadas para cobrir territórios. As equipes são compostas pela Equipe Barueri, Equipe Jaques, Equipe Maria de Oliveira, Equipe Mandacaru, Equipe Poeta e Equipe Ipê. Além disso, também há participação dos profissionais que atuam no núcleo de saúde da família (NASF) composto por: psicóloga, educadora física, ginecologista e obstetra, fonoaudióloga, fisioterapeuta e pediatra. Atualmente a equipe conta com atendimento para até 4.000 mil pessoas, sendo 750 pessoas cadastradas por cada agente comunitária de saúde.

## **SUBÁREAS E LIMITES GEOGRÁFICOS**

A territorialização em saúde é um instrumento para identificar os fatores socioambientais que contribuem para a reflexão e ação mais adequada com base nas necessidades específicas de cada lugar.

A apropriação do espaço transforma-o em território, com limites e determinações, impondo a representação de poder, que extrapola as condições naturais (LIMA, 2016, p. 36).

O conceito de território para a Geografia da Saúde é o determinado pelo acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que levam a condições peculiares para a produção da doença (BARCELLOS et al, 2002), de certo modo levando em consideração o reconhecimento e a identificação de cada local e as características individuais, socioeconômicas, culturais e sociais de cada comunidade.

A USF Moreninhas III atualmente atende 10 bairros na cidade de Campo Grande sendo: Jardim Gramado, Vila Brasil, Nova Capital, Santa Felicidade, Maksoud, Nova Jerusalém e Moreninha 1,2,3 e 4. Sendo assim, a unidade fica localizada de uma maneira mais centralizada estrategicamente para que as outras regiões possam ter acesso mais igualitário possível. Além disso, a divisão em equipes leva em consideração a vulnerabilidade de cada campo. Atualmente, algumas equipes contam com 3 microáreas descobertas sendo a microárea 1 e 2 da equipe Barueri, e a microárea 5 da Maria de Oliveira. Onde os profissionais precisam fazer rodízio para poder cobrir as regiões.

## **ACOLHIMENTO E NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)**

O acolhimento tem sido apontado como principal proposta para a mudança no modelo de organização da assistência e do processo de trabalho em saúde (MERHY, 2004).

Sendo assim, acolher significa dar suporte ao indivíduo, de forma a valorizar e identificar suas necessidades, ao acolher um paciente a equipe deve estabelecer um vínculo com o paciente e com sua dor de uma forma humanizada, e para que isso aconteça a equipe de saúde também precisa ser acolhida pela instituição onde trabalha. O acolher trata-se de respeitar o outro como alguém diferente de mim, valorizando suas perspectivas, relações, opiniões e culturas diferentes entre si, de modo que a comunicação, respeito e disponibilidade são fundamentais para conhecer e compreender melhor o outro.

Como diversas mudanças anteriores, o acesso também teve uma ampla modificação na USF Moreninha III. Inicialmente o acolhimento não ocorria por equipes. Atualmente, porém, o acolhimento é realizado através de cada equipe o que favorece o vínculo, cadastros e cuidado ao cliente e comunidade.

No ano de 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria GM nº 154). O NASF tem como objetivo qualificar e tornar o trabalho da atenção básica mais determinado, é composto por uma equipe multidisciplinar com base nas necessidades identificadas, perfil epidemiológico e situação socioeconômica da população da região.

Na USF Moreninhas a equipe de Núcleo Apoio de Saúde da Família, é composta pela fisioterapia, psicologia, pediatria, fonoaudiologia, educadora física e ginecologista e obstetra. O NASF tem um papel fundamental dentro da unidade de saúde da família pois dá assistência aqueles pacientes que não estão aderindo ao tratamento ou aqueles que necessitam de suporte para o cuidado.

O NASF atua acolhendo o paciente de forma que em casos onde é identificado que o paciente precisa de ajuda, como em casos de crianças que apresentam dificuldade de aprendizado, é solicitado uma avaliação diretamente com a psicóloga do NASF e a partir disso esse paciente poderá ser encaminhado para uma especialidade. Como a USF Moreninhas tem o NASF muitas vezes não há necessidade de fazer encaminhamento, esse paciente pode ser manejado na própria USF. Já em casos em que o paciente necessita ser encaminhado, o encaminhamento é feito através do SISREG através do prontuário eletrônico.

## **O QUE FAZER EM CASO DE MUDANÇA DE RESIDÊNCIA**

Em alguns casos onde o indivíduo acabou de se mudar para área de cobertura da unidade, ou é novo no bairro e gostaria de ser atendido na USF Moreninhas, alguns passos são importantes, primeiramente é imprescindível que o cidadão vá até a unidade e busque ser atendido(a) inicialmente pelo acolhimento.

É necessário que o cidadão leve 3 comprovantes de residência em seu nome, podendo ser conta de água, energia ou telefonia, algo que informe e comprove que a pessoa possui vínculo com aquele local por no mínimo 3 meses.

Após isso, é necessário que a pessoa aguarde a visita de um agente comunitário de saúde, onde o mesmo irá até a residência informada no dia ou hora marcada para criar caderneta do usuário e realizar o novo cadastro com inserção do cliente/família na equipe de referência.

## REFERÊNCIAS

- BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/713/BARCELLOS\\_Analise%20espacial%20e%20uso%20de%20indicadores\\_sau-de\\_2002.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/713/BARCELLOS_Analise%20espacial%20e%20uso%20de%20indicadores_sau-de_2002.pdf?sequence=2&isAllowed=y) Acesso em: 04 de nov. 2022.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde do Brasil, **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/rev\\_epi\\_vol12\\_n4.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/rev_epi_vol12_n4.pdf) Acesso em: 05 de nov. 2022.
- LIMA, S. **Território e promoção da saúde**: Perspectivas para a Atenção Primária à Saúde. 1 Ed. Jundiaí: Paco Editorial. 184 p. 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/314207359\\_Territorio\\_e\\_Promocao\\_da\\_Saude\\_perspectiva\\_para\\_atencao\\_primaria\\_a\\_sau](https://www.researchgate.net/publication/314207359_Territorio_e_Promocao_da_Saude_perspectiva_para_atencao_primaria_a_sau) Acesso em: 05 de nov. 2022,
- MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BQzD3SjRCYVqR4DRvcwNT3y/?lang=pt> Acesso em: 05 de nov. 2022.
- NOGUEIRA, M. I. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 262-270, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/y38PYJS6XhKYBrng5jL8ZGc/?lang=pt> Acesso em 05 de nov de 2022.
- SOUZA, I., SANTOS, F., MARINS, W., & VIANA, L. Relato de experiência: O interprofissionalismo como ferramenta para o cuidado integral dentro da UBSF. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, 1(3). 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/447> Acesso em: 05 de nov de 2022.

## CAPÍTULO 2

# O QUE É USF E O QUE É UPA?

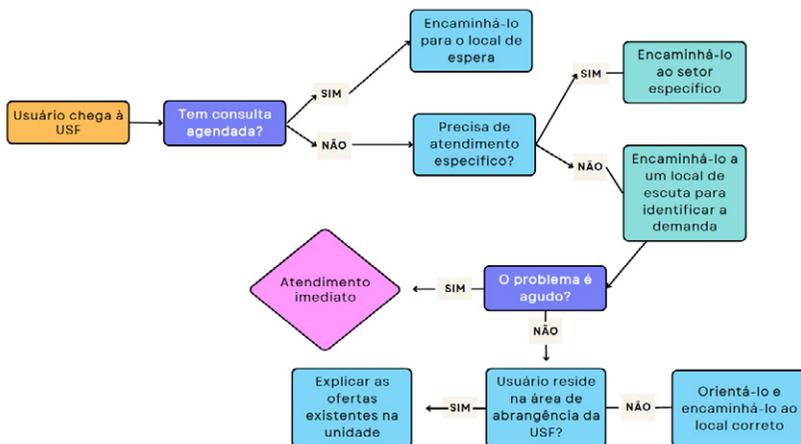
Gabrielle de Oliveira Paes, Giullia Gabrielli Galiciani, Danilo Araújo Coronel

A Unidade de Saúde da Família (USF) é considerada a estratégia principal de Atenção Básica de Saúde, para promoção e prevenção da saúde de doenças da população residente em sua área abrangente. É o local onde o usuário tem o primeiro contato com o sistema de saúde, mas não se restringe a ser apenas a porta de entrada, sendo responsável pelo acompanhamento longitudinal do usuário, reconhecida como a instância ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

Dentro da USF existe a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é composta por equipes multiprofissionais, seu número pode variar, mas para que haja uma melhor identificação das equipes e organização do fluxo dos usuários recomenda-se que não seja superior a três. De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes possuem, no mínimo: um médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Mas também, podem ser acrescentados a essa equipe, os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Além desses profissionais supracitados, podem ser acrescentados outros, no entanto, isso dependerá da demanda de cada região (BRASIL, 2017).

A realização do planejamento das ações é necessário para que haja a adequação das atividades de acordo com as necessidades da área de abrangência da USF. Dessa maneira, é feita a coleta dos dados - que consiste no primeiro encontro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a família - onde é realizado o cadastramento - e, posteriormente, análise dos dados coletados. Com isso, é criado um vínculo entre os profissionais da Unidade de Saúde e as famílias, sendo de extrema importância, pois, dessa forma a equipe fica ciente dos problemas mais predominantes na área e conseguem realizar o diagnóstico psicossocial e de saúde e situações de risco vividos pelas famílias (BRASIL, 2017).

**Figura 1 - Fluxo do usuário na USF**



Adaptado do Caderno de Atenção Básica, Ministério da Saúde

Segundo o Ministério da Saúde, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. São responsáveis por atender a maioria dos casos de urgência - não há risco imediato de morte, mas precisa ser resolvida sem demora - e emergência - há risco iminente de morte, o atendimento precisa ser imediato - ,

além de realizarem os atendimentos 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Esse local tem como finalidade: diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, uma vez que evita casos que possam ser solucionados nas UPAs ou nas próprias Unidades de Saúde sejam encaminhados para unidades hospitalares. No momento em que o paciente chega na UPA, o seu caso é classificado de acordo com o risco, tendo como objetivo priorizar os atendimentos mais graves. (BRASIL, 2013)

É um local que está diretamente ligado à Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, com o intuito de facilitar o funcionamento da Rede de Atendimento de Urgência (RAU) (BRASIL, 2013).

**Figura 2. Quando procurar uma UPA 24h**

<b>Quando procurar uma UPA 24h</b>
Febre alta, acima de 39°C
Fraturas, torsões ou luxação
Infarto e derrame
Hemorragias
Cólicas renais
Falta de ar intensa
Crises Convulsivas
Dores fortes no peito
Vômito constante

Diante do exposto, torna-se necessário que os usuários saibam a diferença entre USF e UPA, para que busquem o local correto para o seu atendimento. Portanto, resumidamente, na USF são realizados os atendimentos das consultas de rotina e questões de saúde que não coloquem o usuário em risco, que sejam longitudinais, no decorrer da vida. Já na UPA, são realizados os atendimentos de emergência e urgência, supracitados na tabela.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. UPA 24h - **Unidade de Pronto Atendimento.** Brasília, 2013. Disponível em: <UPA 24h – Unidade de Pronto Atendimento — Português (Brasil) (www.gov.br)> Acesso em: 12 nov. 2022.

VILARINHO, S. “Emergência e Urgência, qual a diferença?”. **Brasil Escola.** Disponível em <https://brasilecola.uol.com.br/gramatica/emergencia-urgencia-qual-diferenca.htm>. Acesso em 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia da Saúde da Família. Brasília.** Disponível em: <Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde (saude.gov.br)> Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à Demanda Espontânea. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 28, vol 1, Brasília, 2013. Disponível em: <Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.I : Acolhimento à demanda espontânea (saude.gov.br)>. Acesso em: 12 nov. 2012.

## CAPÍTULO 3

# FLUXO DO USUÁRIO DENTRO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Aline Coelho Arruda, Rebecca Mirian Alves de Souza, Marcia Gizele Ornelas

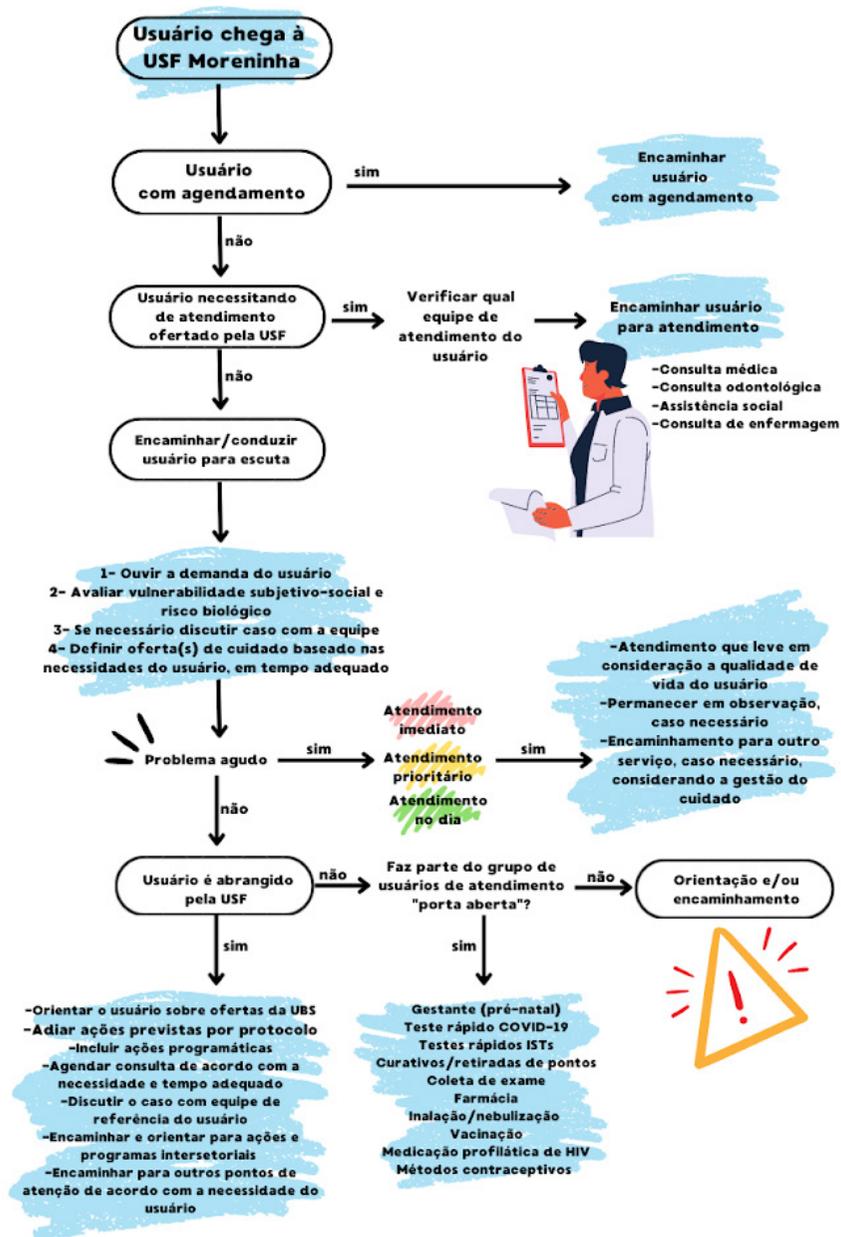
Apesar de cada unidade ter suas especificidades, existe um padrão, denominado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013) como “fluxo do usuário”, que deve ser seguido para organização das linhas de cuidado. A recepção do usuário é o primeiro contato do indivíduo com a USF, portanto, é nesse momento que será feito o acolhimento e direcionamento acerca do atendimento do paciente. Para isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2010) assegura a garantia de ambiente confortável, harmônico, que zele pela privacidade do paciente, além de trabalhadores que proporcionem atendimento humanizado e empático. Tal fluxo auxilia a garantir um melhor atendimento, no entanto, é preciso levar em consideração que imprevistos e situações inesperadas estão sujeitas a ocorrerem e alterarem o processo, precisando de uma equipe coordenada e integrada para solucionar os conflitos que possam ser gerados.

Dentre as especificidades da Unidade de Saúde da Família Dr. Judson Tadeu Ribas, localizada no bairro Moreninha III, da cidade de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, pode-se observar o acolhimento, o qual é feito através do mapeamento distrital. A organização da unidade se dá em seis equipes, sendo cada uma destas responsável por determinada localização do distrito; visto isto, ao chegar à unidade, o usuário é instruído a dirigir-se ao acolhimento já de sua respectiva equipe de referência.

Já no acolhimento, ocorre a potencialização da organização e direcionamento a assistência, quando necessário, visto que o usuário é acolhido através do membro da equipe que estiver no momento, melhorando assim a interação da equipe com o cliente. Existem os clientes com necessidades de atendimento, e de acordo com a capacidade do profissional que está em atendimento são atendidos no momento ou agendados para o mais breve possível, caso possa ser agendado. As demandas programadas também passam pelo acolhimento da equipe e nos casos de demanda espontânea, as quais configuram 70% dos casos da referida unidade, e se sim de qual, para que este possa ser encaminhado para atendimento, podendo ser consulta médica, odontológica ou de enfermagem; já para demandas de farmácia, vacinação, coleta de exame, procedimento, inalação/nebulização ou ofertas de linhas de cuidado. A demanda programada é definida por consultas agendadas, sendo esta de qualquer especialidade, enquanto que a demanda espontânea são atendimentos não programados anteriormente, podendo ser consulta, informativos, urgências e emergências (INOJOSA, 2005).

A demanda espontânea dependerá da avaliação da vulnerabilidade sujeito-social e risco biológico, os quais serão discutidos pela equipe para que possa ser definido qual atendimento pode ser oferecido, levando em consideração a necessidade do cuidado e um tempo adequado de espera (BRASIL, 2013). Sendo assim, foi observado que a redução de demanda programada nesta Unidade com mais possibilidades de demandas espontâneas, favorecem a maior otimização da resolutividade da assistência.

Em casos cujo usuário não seja abrangido pela unidade, e não seja casos de urgência/emergência, este será instruído a procurar a USF mais próxima de sua casa, ou acessar o site “Onde Ser Atendido” disponibilizado pela Prefeitura de Campo Grande.



Concomitante ao Ministério da Saúde (2008), passado pela consulta, e em casos de necessidade de encaminhamento, o usuário passará para a regulação, a qual deve ser feita por um médico ou enfermeiro. A regulação do usuário, instituída pela portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008, através da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo, oferecer uma prestação de saúde de qualidade e integrada ao usuário, permitir o acesso do paciente às especialidades demandadas por estes, e principalmente, organizar o fluxo do usuário através de uma rede interligada de saúde.

Através do SISREG, é possível verificar a disponibilidade de vagas ofertadas pelo SUS para o usuário em caso de necessidade de busca por especialidades que não são ofertadas pela Unidade e nem pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), como médicos e dentistas especialistas em determinados assuntos, procedimentos ou exames. Ainda dentro deste sistema, é possível acessar informações do usuário, como o número do cartão SUS, endereço da residência, telefone para contato, histórico de consultas e procedimentos. Vale ressaltar o potencial de resolubilidade da unidade em questão com poucos encaminhamentos e também do apoio de teleconsultas com diversas especialidades.

Em casos em que a especialidade cujo paciente necessite não possua vagas para agendamento através do SISREG, é feita a solicitação de vaga junto à Central de Regulação, que irá analisar a solicitação, e conforme estado de saúde do usuário autorizar agendamento ou encaminhar para fila de espera (BRASIL, 2008).

Já em casos de encaminhamentos para especialidades sob responsabilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a regulação é feita pelo PEC (prontuário eletrônico) de acordo com a agenda do NASF mais próximo da unidade. Fazem parte do NASF desta Unidade: profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicóloga, médica ginecologista e obstetra, médica pediatra.

No que tange a pacientes em casos de emergências e urgências, como: crise hipertensiva, crise renal, crise diabética, infarto, pirexia, fraturas, acidente vascular cerebral (AVC) e ferimentos por arma de fogo ou arma branca, o encaminhamento é feito para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próximo da USF (BRASIL, 2010), sendo avaliado e solicitado uso de SAMU caso necessário.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

INOJOSA, R.M. Acolhimento: A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. **X Congresso Internacional de CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública,** Santiago, Chile, 18 - 21 de Outubro de 2005.

## CAPÍTULO 4

# TERRITÓRIO E INTERSETORIALIDADE: PERSPECTIVAS PARA ALÉM DO ASPECTO GEOGRÁFICO

Emilli Caroline Silva Souza, Maria Fernanda Figuei-  
ró de Araújo, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

*...nas andanças pelo território, ouvimos de uma criança  
que escola também é lugar de vacinação!*  
(as autoras)

O conceito de território no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm sendo reduzido e tratado de forma parcial, de tal maneira que o significado de espaço, voltado para a dimensão administrativa-gerencial dos serviços de saúde, tem reduzido sua potencialidade e suas possibilidades na observação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção na realidade cotidiana das coletividades humanas. No entanto, a compreensão do território de maneira ampla, a partir da análise de toda a complexidade e singularidade, indica uma etapa fundamental para caracterização descritiva e analítica dos usuários do SUS e de seus problemas de saúde (SANTOS e RIGOTTO, 2010).

É nesse sentido que o conceito de intersectorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade. A saúde como direito do cidadão e dever do Estado preconizada na Constituição Brasileira de 1988, não contempla apenas a doença, mas o direito

do cidadão a uma vida digna e com qualidade. E isso não envolve apenas a saúde, mas também a educação, o trabalho, a habitação, enfim, outras dimensões sociais, não-isoladas, tratadas de maneira integrada, intersetorialmente (JUNQUEIRA, 1998).

A estratégia de territorialização, baseada nas diretrizes do SUS, representa um aspecto fundamental da organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, sendo definida como a atuação em uma delimitação espacial previamente estabelecida. É a partir disso que se pode avaliar os reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde de determinada população, o que possibilita mudanças e o desenvolvimento de práticas que levem em consideração o lugar e a vida cotidiana daquela comunidade. O conceito de território, portanto, não seria apenas um arquivo com características regionais e sociais da população, mas sim um lugar de responsabilização e atuação comunitária compartilhada (MONKEN e BARCELLOS, 2005; SANTOS e RIGOTTO, 2010).

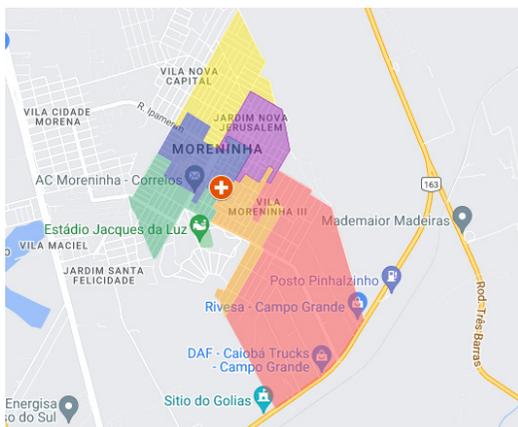
Localizadas na zona sul da capital do estado de Mato Grosso do Sul, as Moreninhas são compostas por um conjunto de bairros, surgidos aproximadamente em 1980, com o intuito de destinar moradias a trabalhadores de baixa renda de Campo Grande. De acordo com dados do IBGE, em 2007, a região possuía em torno de 100.000 habitantes, sendo assim um dos bairros mais populosos do município (REIS, 2013).

Marcada por aspectos geográficos e sociais singulares, conta com uma rede de saúde composta por Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família. Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo apresentar para além dos aspectos geográficos, características sociais, políticas e organizacionais da região onde fica situada a Unidade de Saúde da Família Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III.

A Unidade fica situada no bairro Moreninha III, sendo responsável pelo atendimento de dez regiões: Moreninha I, Moreninha II, Moreninha III, Vila Brasil, Nova Capital, Santa Felicidade, Maquiasude e Nova Jerusalém.

A Unidade de Saúde da Família efetiva uma divisão por equipes para atender as demandas da população da região onde está localizada. Desse modo, a USF fica localizada de forma centralizada e atende em seu entorno microáreas a partir da divisão em seis equipes, sendo elas: Equipe Maria de Oliveira, representada em amarelo no mapa; Equipe Mandacaru, em roxo; Equipe Ipê, em laranja; Equipe Poeta, em vermelho; Equipe Barueri, em azul (Figura 1).

**Figura 1. Mapa das áreas e microáreas da USF**



Fonte: USF Moreninha (2022). Disponível em: <<https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1d9GShu8ancEy7PzivfLxQs7yYrMzivsD&ll=-20.552370444568407%2C-54.57153833678204&z=16>> Acesso em: 30 de outubro de 2022.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia de expansão e qualificação, elaborada com o intuito de reorganizar e consolidar a Atenção Básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. A ESF

impacta diretamente na situação de saúde dos usuários e possui um maior potencial de ampliar a resolutividade através da reorientação do processo de trabalho, em relação a Unidade de Saúde Básica (UBS) tradicional. As equipes devem ser compostas multiprofissionalmente por médicos, enfermeiros e dentistas, sendo estes preferencialmente especialistas em saúde da família. Além disso, as equipes devem contar com agente comunitário de saúde (ACS) e com auxiliar e/ou técnico de enfermagem (BRASIL, 2017).

Nesse momento a USF possui três microáreas descobertas, sendo duas delas da Equipe Barueri e uma da Equipe Maria de Oliveira. Dentre os fatores justificáveis, é importante ressaltar a dificuldade e insuficiência no número de Agentes Comunitários de Saúde, uma vez que a PNAB, instituída em setembro de 2017 pela Portaria nº 2.4361, possibilitou a redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída no país com o intuito de possibilitar a efetivação dos princípios de universalização, equidade e integralidade do SUS e o contínuo acesso a serviços que constituem a porta de entrada do sistema de saúde. No entanto, a PNAB instituída em 2017, apesar de reafirmar princípios instituídos nas Portarias de 2006 e 2011, propôs mudanças significativamente prejudiciais nas modalidades e na composição das Equipes de Saúde da Família, principalmente no que diz respeito à atuação dos ACS (SILVA et. al, 2020).

Ao Agente Comunitário de Saúde é atribuído o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde. Um dos principais objetivos dessa categoria é ampliar o acesso da comunidade às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2006).

A profissão de ACS surgiu a partir de um Programa de Agentes de Saúde do Ceará desenvolvido emergencialmente para o período de seca no estado em 1987. Para tanto, inicialmente, foram contratados 6.113 trabalhadores, sendo a maioria mulheres de baixa renda, sendo estes moradores de 118 municípios diferentes. Esses trabalhadores passaram por um período de treinamento com duração de duas semanas e posteriormente atenderam por um período de cerca de um ano (MOROSINI et al., 2007).

Refletindo sobre essas pesquisas, torna-se evidente que a figura do Agente Comunitário de Saúde tem se desenvolvido numa construção histórica de vários anos, fruto de conquistas sociais e comunitárias na área da saúde. Entretanto, houve um processo de sofrimento da categoria de Agentes Comunitários de Saúde, que pode ser sintetizado em três questões principais: a desvalorização inerente às profissões exercidas predominantemente por mulheres; a falta de formação; a presença contínua no campo de trabalho por morar e trabalhar no território. Essas questões ameaçam sua saúde e podem comprometer sua atuação e até mesmo sua fundamental permanência na equipe de saúde, requerendo reflexões que indiquem possibilidades salutares para a categoria (RIBEIRO, 2012).

Nota-se, nesse sentido, que a categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde surge de uma demanda da própria população, o que se mantém até os dias atuais. É notório na USF da Moreninha III, por exemplo, que os ACS são um dos responsáveis por construir e manter o vínculo dos usuários com a Unidade. Por essa razão, é importante entender as demandas que surgem desses profissionais e questionar as políticas responsáveis pela tentativa de desmonte dessa categoria.

Uma das funções importantes dos ACS, responsável por estabelecer e manter esse vínculo direto da USF com a população, é a visita

domiciliar, importante instrumento de intersetorialidade e territorialização. No Programa de Agentes Comunitários de Saúde e na Saúde da Família, a visita domiciliar é estabelecida como prática prioritária e obrigatória, visando a promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos atendidos (GARCIA e TEIXEIRA, 2009).

A Unidade de Saúde da Família Dr Judson Tadeu Ribas Moreninha III, realiza algumas atividades educativas e de promoção da saúde nas escolas e EMEIs da região atendida. Uma das ações acompanhadas pela equipe do PET- saúde foi uma atividade educativa realizada na EMEI Maria Oliveira Lima, onde foi apresentado um teatro informativo que explicou para as crianças, de forma lúdica e didática, como se dá a propagação da COVID-19 e as formas de prevenção disponíveis no momento. A equipe da USF que participou da ação educativa era composta pela Médica, por uma Agente Comunitária de Saúde e pela Assistente Social da Unidade. No entanto, outras equipes se encaminharam para complementar a proposta, como por exemplo uma equipe do NASF liderada por uma profissional da educação física e que, com a ajuda de duas profissionais da odontologia, explicaram sobre a necessidade de escovar os dentes e de uma alimentação saudável, através de jogos lúdicos e outras ferramentas. Nota-se que a intersetorialidade só se efetiva quando há a interprofissionalidade, a ação conjunta dos diferentes profissionais de saúde, que auxilia na efetiva integralidade dos serviços de saúde (DO NASCIMENTO et al., 2021).

Em outra atividade realizada, dessa vez numa ação vacinal ocorrida na EMEI José Carlos de Lima, ouvi de uma das crianças que escola também era lugar para vacinação. Essa frase, define e deixa claro a importância da intersetorialidade e do vínculo estabelecido entre USF e usuários que moram no território.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5o do art. 198 da Constituição. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2o da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017.

DO NASCIMENTO, J. W. et al. Relato de experiência sobre a importância da intersetorialidade e interprofissionalidade para a promoção da saúde em um projeto de extensão, Pet-saúde interprofissionalidade. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 560-578, 2021.

GARCIA, I. F.; TEIXEIRA, Carla Pacheco. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2009.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, p. 11 a 22-11 a 22, 1998.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D.; GUIMARÃES, C. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 189-211.

REIS, A. F. Violência e Desenvolvimento Local: um estudo sobre a criminalidade entre jovens de 15 a 24 anos em comunidades periurbanas de Campo Grande, MS. **Interações**, v. 14, p. 155-164, 2013.

RIBEIRO, S. F. R. Agente comunitário de saúde: dificuldades no processo de construção histórica da profissão e adoecimento. **Revista Laborativa**. 1, n. 1, p. 17-35, out./2012. <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa>

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, p. 387-406, 2010.

## CAPÍTULO 5

# VISITA DOMICILIAR: QUEM FAZ E QUANDO FAZ

Mariana Giori Gomes, Amanda Cristina Leal Kundzins, Marcia Gizele Ornelas

Uma modalidade importante para o acompanhamento da saúde é a visita domiciliar. Sendo esta, uma oportunidade de aproximação de profissionais e usuários e a melhora da compreensão do contexto da comunidade.

As visitas domiciliares têm como o objetivo realizar uma investigação da saúde individual e coletiva dos moradores que residem na região de referência, além de promoverem orientações específicas para cada situação (SILVA., *et al*, 2010). As visitas domiciliares proporcionam ao profissional adentrar o espaço da família e, assim, identificar suas demandas necessárias, fragilidades e suas potencialidades, ampliando o acesso da equipe e melhorando o vínculo pelo conhecimento da cultura e dos costumes do indivíduo, da família e da comunidade, ampliando as vivências de todos (DRULLA., *et al*, 2009).

A Política Nacional de Atenção Domiciliar define a atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)” (BRASIL, 2012).

A assistência na atenção domiciliar é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde, e no caso deste relato de experiência, a visita domiciliar apresenta ênfase nos grupos de usuários que apresentam dificuldade ou impossibilidade de locomoção até a Unidade de referência, redução de mobilidade transitória ou permanente, situações de vulnerabilidade, diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças de até dois anos de idade e atenção ao cuidador, a fim de beneficiar a qualidade de vida de cada indivíduo e família, através da escuta e do agir, incentivando também a participação ativa no contexto do autocuidado.

Para que isso seja possível as visitas domiciliares que são realizadas na Unidade de Saúde da Família Dr. Judson Tadeu Ribas Moreninha III são guiadas por algumas condições que serão especificados ao decorrer deste capítulo.

O primeiro passo da visita domiciliar na unidade relatada, é o cadastro do cliente, para que ocorra um acompanhamento de qualidade dentro da unidade e fora, quando necessário. Para isso, é realizado através do Agente Comunitário de Saúde com a realização de visita e comprovante de residência, o cadastro e a distribuição da caderneta do usuário para cada um dos residentes do domicílio. Esta caderneta contém os dados pessoais básicos do usuário, como nome, CPF, número do cartão do SUS, além de conter sua localização e equipe de saúde referência designada pela unidade (Barueri, Jacques, Poeta, Mandacaru, Maria de Oliveira e Ipê). Sendo este passo fundamental para o acesso do usuário ser então após, registrado via PEC/e-SUS em sua equipe de referência.

## Caderneta do usuário do município de Campo Grande- MS



Fonte: FIOCRUZ, 2020.

É fundamental levantar previamente, as informações disponíveis acerca da pessoa que receberá a visita, entre elas, sua história de vida, situação socioeconômica, crenças, desejos, e pontos de vinculação. Algumas das informações essenciais podem ser obtidas através da caderneta do usuário, outras, os profissionais que acompanham terão conhecimento a partir de conversas com a equipe de referência. Entretanto, as visitas domiciliares não devem ser pensadas para seguir rigorosamente a um script, apesar do profissional precisar estar bem apropriado das informações necessárias para a execução da visita, devem ser considerados aspectos do cotidiano e requer a capacidade de lidar com intercorrências, o profissional da unidade de saúde da família, deve estar disponível ao acolhimento das demandas que surgem repentinamente (QUIRINO, 2020).

Na visita domiciliar é realizada uma abordagem multiprofissional, com a presença dos agentes comunitários de saúde, dos médicos, dos enfermeiros, dos odontólogos e dos técnicos de enfermagem, em todos os casos, ela deve ser acompanhada pelo agente comunitário de

saúde. Os agentes comunitários de saúde tem como meta determinada pela unidade de visitar cinco domicílios durante a manhã e cinco domicílios no período da tarde, sendo fundamental que o agente comunitário de saúde tenha percorrido por todas as casas de sua região durante o espaço de um mês, tendo como limite de tempo três meses para fazer a visita em casa uma das casas, com exceção dos grupos de gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças até dois anos de idade, que recebem uma atenção especial de todos os profissionais, estes, devem prioritariamente receber a visita em seus domicílios todos os meses, sem exceder este prazo.

É dever do agente comunitário de saúde sanar as dúvidas dos indivíduos que os receberão em sua casa, além de verificar a carteirinha de vacinação dos residentes, principalmente das crianças menores de dois anos, e garantir que suas vacinas estejam em dia, caso o contrário, os responsáveis pela criança devem receber um aviso, e um prazo de uma semana para vacinar a criança, se não houver cumprimento, é de responsabilidade do agente comunitário de saúde realizar visitas frequentes durante a semana com o objetivo de lembrar os responsáveis a respeito da vacina, até que o ato seja cumprido, sempre discutindo os casos em reunião de equipe, que ocorrem semanalmente. Ademais, os agentes têm a tarefa de trocar receitas dos pacientes, agendar os atendimentos que serão feitos na unidade, verificar como está a frequência das consultas daqueles que precisam e como procede a saúde de todos da casa através da escuta e da conversa, fazendo um levantamento das necessidades, queixas e demandas, assim como as circunstâncias que indicam a necessidade da realização de um atendimento domiciliar e não no âmbito do serviço de saúde (QUIRINO, 2020), a fim de prevenir surgimentos e agravos. Para isso, é essencial o incentivo na formação técnica, e no vínculo nas relações profissional e paciente.

Para a realização da visita domiciliar dos membros da equipe, alguns itens devem ser considerados: priorização de clientes ou famílias,

e para isso, deve-se planejar, executar e avaliar com os profissionais (TAKAHASHI, 2001), em geral durante as reuniões de equipe.

Os médicos que trabalham na unidade de saúde da família também têm o dever de realizar a visita domiciliar na comunidade, de acordo com sua respectiva equipe do território, a meta concedida aos médicos é de no mínimo vinte visitas nas casas por mês, eles também têm o compromisso de cumprir a visita domiciliar nos casos em que o paciente está impedido de sair de casa por conta de alguma enfermidade. É função do médico realizar a escuta e a abordagem a respeito das demandas de cada situação.

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos e odontólogos compõem a equipe multiprofissional da visita domiciliar, sua meta de residências que devem ser visitadas estabelecida pela unidade do bairro Moreninha III, é de dez domicílios por mês para os técnicos de enfermagem e vinte domicílios por mês para os enfermeiros. É de responsabilidade dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que sejam realizados os exames de glicemia e a averiguação da pressão nos residentes para uma investigação de grupos de risco e necessidades de saúde nas regiões, desta forma, estes grupos podem ser acompanhados mais de perto pelos profissionais, e serão dadas as orientações a respeito de sua saúde para o indivíduo e família, além da abordagem e escuta para a investigação de outras demandas de saúde.

Dessa forma, fica evidente a relevância de uma equipe multidisciplinar para a realização da visita domiciliar, destacando a riqueza de informações que podem ser construídas e compartilhadas entre todos os participantes (QUIRINO, 2020), assim como o vínculo que deve e será construído de forma espontânea e intuitiva para uma melhor escuta e sucesso na mediação entre a unidade de saúde da família e seus usuários.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. v. 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2012

DRULLA., *et al.* A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. **Co-gitare enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 667-674, nov de 2022. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=483648977012>. Acesso em: 04 de nov. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Atenção Primária - Situação Atual e Perspectivas. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2020. Disponível em: [http://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/documentos\\_do\\_portal/rmfs/aulas/atencao\\_primaria\\_situacao\\_atual\\_e\\_perspectivas.pdf](http://labinovaapsfiocruz.com.br/portal/documentos_do_portal/rmfs/aulas/atencao_primaria_situacao_atual_e_perspectivas.pdf). Acesso em 04 de nov. 2022.

QUIRINO. *et al.* A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 253-273, jan/jun,2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/50869/34330>. Acesso em: 04 de nov. 2022.

SILVA *et al.* Programa PET-Saúde: trajetória 2009-2010, na Universidade de Brasília. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 678-683, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qxFhG4zWpryHH9rt-nfGZrQD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 de nov. 2022.

TAKAHASHI, R.F.; OLIVEIRA, M.A.C. A visita domiciliária no contexto da Saúde da Família. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. P. 43-6.

## CAPÍTULO 6

### PORTA ABERTA: O QUE E QUANDO

Maria Fernanda Figueiró de Araújo, Emilli Caroline  
Silva Souza, Rafael Ferreira

É preciso uma reforma sanitária profunda em que seja garantido à população um serviço descentralizado (mais próximo das necessidades de cada um), universal (com acesso a todos os brasileiros), integral (em que todo o ciclo de vida seja beneficiado) e com controle social (a fiscalização do atendimento deve ser feito pela própria sociedade).» — Sérgio Arouca, 1986

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, discutiu-se pela primeira vez um novo modelo de saúde para o Brasil para garantir garantir na Constituição do ano seguinte a saúde como um direito do cidadão e como um dever promovido pelo Estado, tendo o conceito de acolhimento um lugar de centralidade na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS) que buscava superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). Neste sentido, é imprescindível abordar questões históricas e políticas que envolveram a consolidação do SUS como uma política de Estado que se propõe universal, integrada, regionalizada e com ampla participação social.

Em 1994 se consolidou o Programa Saúde da Família (PSF) de maneira a reorientar os serviços de atenção básica à saúde e proporcionar uma longitudinalidade no tratamento que incluía a participação

da comunidade e leve serviços multidisciplinares às mesmas. É dentro deste contexto que surgiram as Unidades Básicas da Saúde da Família (UBSF), sendo estas as responsáveis por prestarem assistência em atenção contínua programadas para desenvolverem as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde. Portanto, possuem como objetivo responder às necessidades básicas de saúde da população da área de abrangência em que atuam, realizando uma “ assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional na própria Unidade e também nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, presídios, entre outros” (NETO, 2000, p.13). É pelas UBSFs que se estabelecem os primeiros contatos do usuário com o SUS, não somente atendendo as demandas específicas de saúde daquela população, mas também promovendo processos educativos que previnam a emergência de novas doenças e que promovam a participação da comunidade.

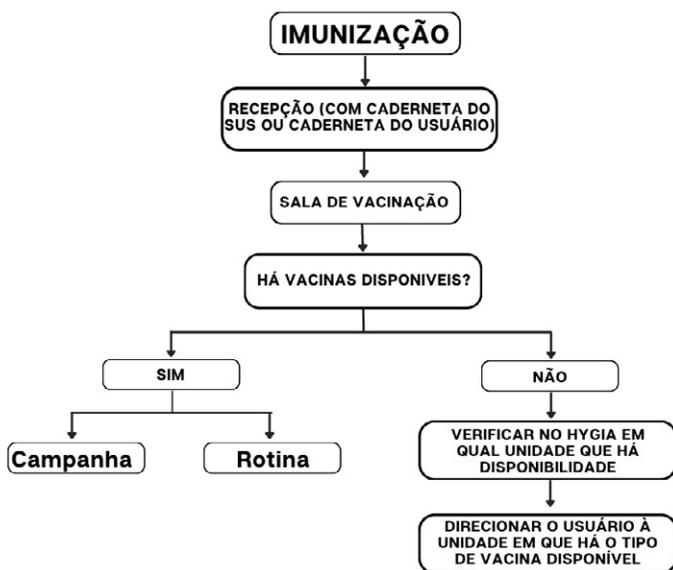
As Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham com um número de equipe que varia conforme o número de famílias existentes na área de abrangência da Unidade, podendo atender até 4500 pessoas adscritas (NETO, 2000, p.14). Entretanto, existem determinados serviços, denominados de serviços Porta Aberta, que são disponibilizados para qualquer cidadão que possua o Cartão Nacional de Saúde (Cartão Sus) que possuem como objetivo democratizar ainda mais o acesso aos serviços de prevenção, promoção e cuidado à saúde para qualquer cidadão, de forma que as opções de serviços dispostos variam conforme a disponibilidade estrutural de cada UBSF.

Neste presente capítulo iremos nos ater aos serviços denominados “Porta Aberta” disponibilizados especialmente na Unidade de Saúde da Família Dr. Judson Tadeu Ribas localizado no bairro Moreninha III dentro do município de Campo Grande em Mato Grosso do Sul.

Esta Unidade, que possui uma ampla gama de serviços disponíveis à comunidade, atende um grande número populacional abrangendo 10 bairros que incluem a Moreninha 1, 2, 3 e 4, Jardim Gramado, Nova Jerusalém, Vila Brasil, Nova Capital, Santa Felicidade e Maksoud. Os serviços propostos de forma gratuita e a qualquer cidadão por esta são: serviços de imunização (vacinação); farmácia (viabilizando medicamentos); métodos contraceptivos; testes rápidos e medicações profiláticas de HIV e Atendimento pré-natal para pessoas grávidas.

Segundo o Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Imunizações do Brasil (PNI) atualmente distribui mais de 20 tipos de vacinas às UBSF que são oferecidas às crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes conforme o Calendário Nacional de Vacinação. A unidade Dr. Judson Tadeu Ribas é referência no que tange aos indicadores deste serviço, devido não somente a população que a unidade cobre mas também aos outros cidadãos que se dirigem à unidade de referência de vacinação. Para vacinar-se gratuitamente basta o usuário comparecer na recepção da Unidade com o Cartão SUS e, se possível, com o Cartão de Vacinação para que o histórico de vacinação possa ser acessado (Figura 1). É mister nos atentarmos para a considerada diminuição da cobertura vacinal no Brasil nos últimos 10 anos, vulnerabilizando principalmente o público infantil de doenças que já estavam erradicadas no país como o sarampo e poliomielite, de forma que, na unidade aqui referida, os dados apontam para o mesmo fenômeno.

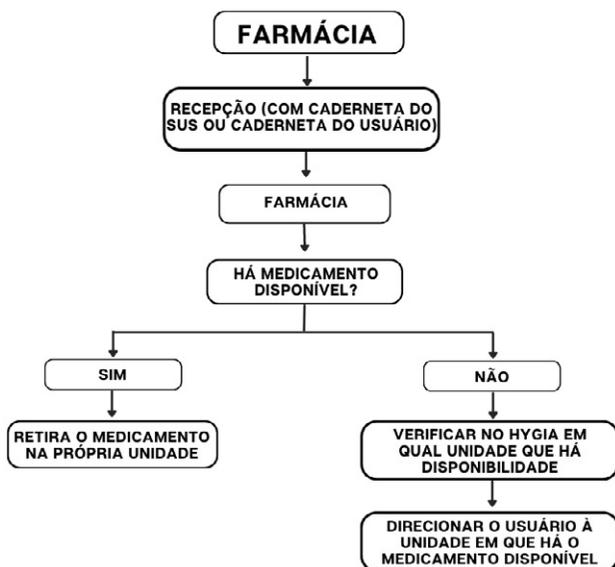
Figura 1- Fluxograma de imunização



Fonte: Autores

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, estabelece que o processo de dispensação de medicamentos esteja sob a responsabilidade do profissional farmacêutico (BRASIL, 1973), entretanto, a realidade das UBSF em todo o país demonstra uma considerável ausência do profissional farmacêutico nas unidades que possuem farmácias, sendo que, na maioria dos casos, a dispensação dos medicamentos fica sobre a responsabilidade de outro profissional. Na contramão destes dados, a Unidade Dr. Judson Tadeu Ribas possui farmácia e, seguindo a Nota Técnica Conjunta de 2008, oferece Assistência Farmacêutica contendo profissionais da farmácia e residentes da área. Portanto, qualquer cidadão que possua uma receita - original ou eletrônica - de medicamento realizada por um médico da Rede SUS, apresentando o Cartão SUS, pode retirar de forma gratuita o medicamento na Unidade, seja ele um medicamento controlado ou um medicamento comum (Figura 2).

**Figura 2- Fluxograma da Farmácia**

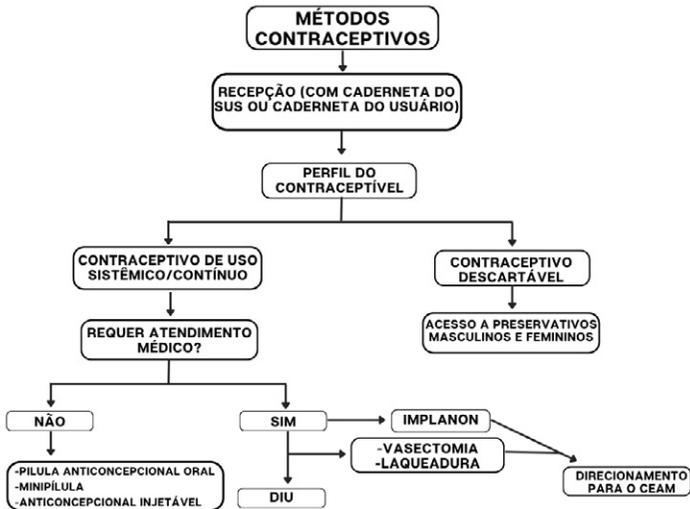


Fonte: Autores

No que tange a disponibilização de métodos contraceptivos é notório o conhecimento de ser irrestrito a liberação de preservativos masculinos e femininos sem que o cidadão porte um documento de identificação ou sua carteira SUS (Figura 3). Entretanto, nos outros sete tipos de métodos contraceptivos oferecidos pela Unidade é preciso destas documentações e, em alguns métodos, da receita médica prescrita por algum médico da rede, como no caso dos usuários que desejam adquirir a pílula anticoncepcional oral, minipílulas e anticoncepcionais injetáveis. Os usuários que desejam realizar cirurgias de vasectomia ou laqueadura na Unidade Dr. Judson Tadeu Ribas são orientados por profissionais da unidade e posteriormente encaminhados ao Sistema Nacional de Regulação (SisReg) a fim de darem prosseguimento ao procedimento ao serem conduzidos ao Centro de Atendimento da

Mulher(CEAM) para realizarem uma consulta educacional, visto que a Unidade não realiza este tipo de cirurgia. Outro procedimento que é acolhido pela unidade e posteriormente encaminhado para o CEAM é a introdução do Implanon que é o procedimento mais indicado, conforme o protocolo dentro da unidade, para pessoas em situação de rua e para adolescentes. Já para aqueles que desejarem inserir o Dispositivo Intrauterino (DIU) basta a pessoa interessada requerer o método na farmácia e, caso haja disponibilidade, inseri-lo na própria unidade.

**Figura 3- Fluxograma Métodos Contraceptivos**

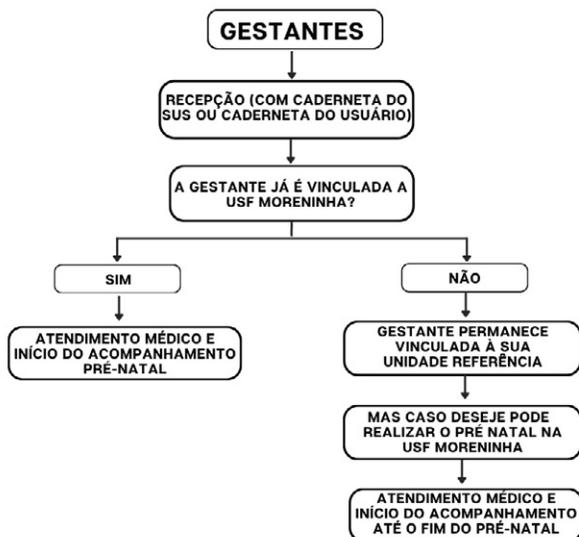


Fonte: Autores

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) é preciso assegurar às gestantes o direito à atenção de fácil acesso, acolhendo-a e garantindo seus direitos como cidadã a uma atenção de qualidade. Foi em 2004 que se consolidou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) tendo por diretriz a atenção integral e ações

articuladas entre serviços de todos os níveis de atenção, ampliando a participação social das mulheres e promovendo a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada a fim de reduzir a morbimortalidade e a desigualdade. (COSTA, 2012). Desta forma, o acolhimento no pré-natal na Estratégia da Saúde da Família (ESF) prossegue os mesmos pressupostos, tendo como foco o acolhimento da gestante e a responsabilização por seu processo de gestação. Na Unidade Dr. Judson Tadeu Ribas a realização do pré-natal para pessoas grávidas também é um serviço que se enquadra como “Porta Aberta” de forma que, caso a gestante anseie realizar todo o processo de acompanhamento gestacional na Unidade, ela é direcionada a se vincular na Unidade, caso não seja da região e não esteja vinculada ou, caso já seja usuária da Unidade, a seguir com os acompanhamentos e protocolos basilares que competem a este serviço de acompanhamento gestacional (Figura 4).

**Figura 4- Fluxograma Gestantes**

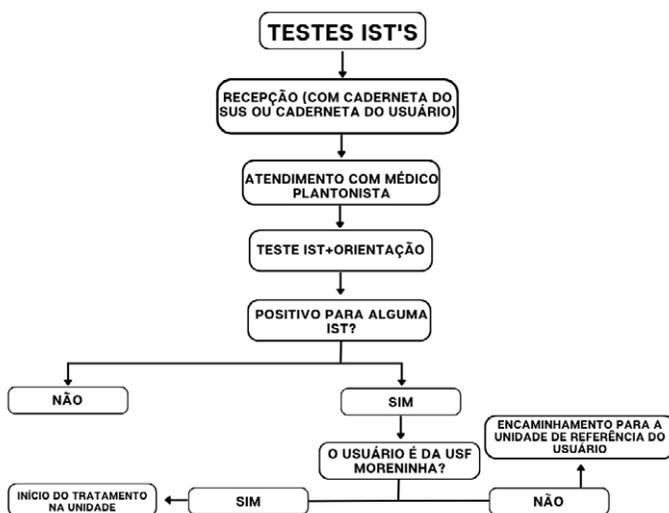


Fonte: Autores

Em 2012 o Ministério da Saúde introduziu novas tecnologias diagnósticas na atenção básica ao inserir a testagem rápida (gravidez, HIV e sífilis) para qualquer cidadão de forma a ampliar o acesso à testagem e consequentemente ampliar o número de diagnósticos de HIV nas atenções básicas de todas as regiões do país. Já em 2013, o Ministério da Saúde adota diretrizes e recomendações de incentivo ao acompanhamento de pessoas com HIV/Aids (com quadro de baixo risco) na atenção básica dos municípios (BRASIL, 2014). Foi, portanto, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se ampliou a unificação de medidas preventivas e de intervenção de maneira a estabelecer nas Unidades Básicas da Saúde da Família o local que fornecerá não somente os testes para diagnósticos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como HIV e sífilis, como também o local em que se provê profilaxias pós-exposição (PEP) e a incorporação da profilaxia pré-exposição (PrEP).

É preciso ressaltar que a Unidade Dr. Judson Tadeu Ribas é referência municipal no que tange o diagnóstico, prevenção e tratamento do HIV. Portanto, para a solicitação destes medicamentos é preciso que o usuário apresente sua carteira SUS e realize uma consulta de acolhimento e recomendações com um médico da rede para então estar ciente dos riscos e efeitos colaterais da medicação (Figura 5). Caso o usuário somente deseje realizar o teste rápido, não se faz preciso o direcionamento para uma consulta médica, sendo necessário somente levar sua demanda junto com seus documentos de identificação.

Figura 5- Fluxograma Testes Ist's



Fonte: Autores

Tais são os procedimentos considerados “Portas Abertas” na Unidade Dr. Judson Tadeu Ribas promovendo, a partir dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, uma maior acessibilidade e democratização aos serviços que são garantidos constitucionalmente a todos os indivíduos que estão em solos brasileiros. Se tais serviços denominados de “Portas Abertas” variam de acordo com a disponibilidade de serviço de cada Unidade da Saúde da Família de uma cidade, evidencia-se o compromisso que toda unidade e todo profissional da rede pública de saúde deve obter com qualquer sujeito que chega em busca de qualquer tipo de tratamento de saúde, a fim de que este se vincule à sua unidade de referência e se aproprie do que lhe é direito no campo da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, Sérgio. Democracia é saúde. In: 8º Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. **Anais**

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação . Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao> [Acessado em: 24/10/2022]

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota técnica conjunta**: qualificação da assistência farmacêutica, de 20 de janeiro de 2008. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. **Lei Federal nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. In: A organização jurídica da profissão farmacêutica. Conselho Federal de Farmácia. Brasília. 4º edição 2003/2004. p1280.

COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NETO, M. M. C. (Org.). **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2000

## CAPÍTULO 7

# LINHAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Rebecca Mirian Alves de Souza, Aline Coelho Arruda, Rafael Ferreira

Conforme o Ministério da Saúde (2020), as linhas de cuidados são as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede, sendo nível primário, secundário ou terciário e nos sistemas de apoio.

As linhas de cuidado são padronizadas e contribuem com informações relativas à organização da oferta de ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde, com elas é descrito o “percurso” do paciente durante seu atendimento ou tratamento, contemplando informações para prevenção, tratamento, reabilitação, e ainda, atividades de promoção à saúde. Os benefícios da utilização das linhas de cuidado é a comunicação entre equipes de diversos setores, entre os serviços e entre os usuários, focando na padronização de dados (Ministério da Saúde, 2020).

Com isso, linhas de cuidados, tem como objetivo orientar os serviços de saúde, centrado no paciente e em suas necessidades, demonstrar os fluxos a serem seguidos com planejamentos terapêuticos seguros e estabelecer o “percurso” dos indivíduos nos diferentes tipos de níveis de atenção.

Com a utilização das linhas de cuidado o paciente é o personagem principal e todos os recursos utilizados devem ser estruturados para melhor atender a necessidade do usuário, de forma específica.

Existem ao menos 20 linhas de cuidado que funcionam na Atenção Primária, de acordo com o Ministério da Saúde, sendo essas:

- Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto
- Asma
- Depressão no adulto
- Diabetes Mellitus tipo 2 (Primeira Versão)
- Doença Renal Crônica (DRC) em Adultos
- Dor Torácica
- Hepatites Virais
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto
- HIV / Aids no adulto
- Obesidade no adulto
- Pessoas com Demência
- Puericultura e Hebicultura
- Tabagismo
- Transtornos de Ansiedade no adulto
- Transtornos por uso de álcool no adulto
- Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança
- Síndrome de infecção congênita pelo vírus Zika (SCZ)

Dentre essas, a USF Dr. Judson Tadeu Ribas, localizada no bairro Moreninhas III, atua amplamente em linhas de cuidado nos casos

de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Puericultura. As outras linhas, se não atendidas na USF, são encaminhadas para a Atenção Especializada ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e, ainda, pode ser feito o acompanhamento do paciente após início dos tratamentos, pelos profissionais da Unidade Básica.

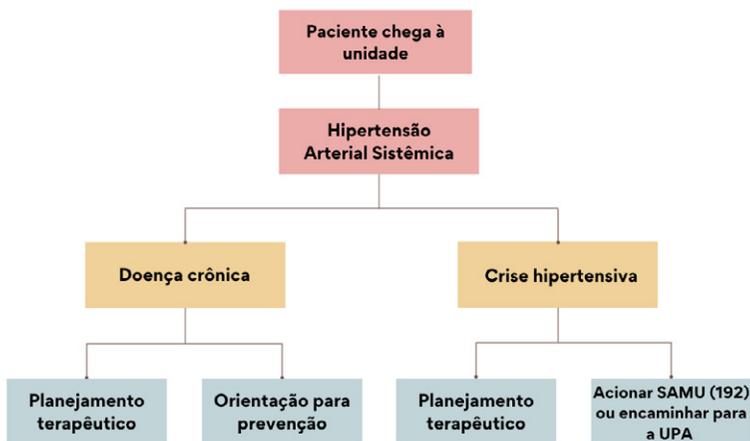
Inicialmente, quando o usuário chega à Unidade de Atenção Primária, o mesmo é atendido no acolhimento e segue o fluxograma, como já explicado anteriormente no capítulo 3. Após a triagem e avaliação do risco biológico do paciente, se o mesmo for residente da área de abrangência da USF, algumas ações são pensadas como, inclusão em ações programáticas, agendamento de consultas, encaminhamentos/orientações para outros programas ou avaliação da necessidade de continuidade do cuidado.

Uma peculiaridade da USF localizada na Moreninhas III, é a proximidade com a UPA - Joel Rodrigues Da Rocha que se situa na rua lateral da unidade, a qual presta suporte em casos de urgência e emergência. Um exemplo desses casos, são crises agudas de hipertensão, hiperglicemia/hipoglicemia em pacientes diabéticos, AVC e outros que venham erroneamente à unidade.

Em quadros de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Unidade de Atenção Primária, é feito um planejamento terapêutico e orientação das formas de prevenção. Se for em meio a uma crise hipertensiva é feito o planejamento terapêutico e ainda acionado o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU) para encaminhamento hospitalar ou para o Pronto Atendimento, podendo ainda ocorrer outras ações dependendo de cada caso e paciente. Ainda, vale ressaltar o HiperDia, programa realizado na USF com o intuito de fazer acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, nesse programa são realizados exames, como o exame do pé diabético que é essencial para testar a sensibilidade dos pés em pacientes com possível neuropatia periférica

e assim evitando complicações e até amputações de membros, troca de receitas médicas e triagem.

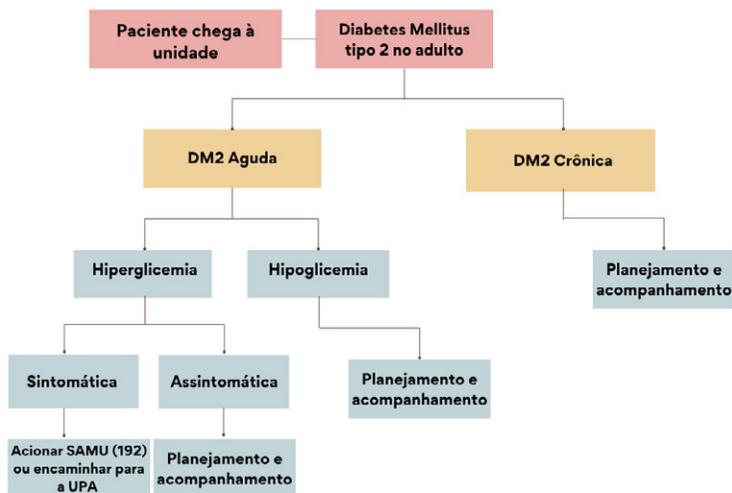
## Unidade de Atenção Primária



Nos casos de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), as medidas cabíveis são similares às de HAS, sendo diversificada de acordo com o cenário que o paciente se encontra. Se for DM2 crônica é feito o planejamento terapêutico e o acompanhamento do paciente, dada as devidas recomendações de promoção de saúde. Em meio a crises de hiperglicemia ou hipoglicemia, pode ser acionado o SAMU, encaminhamento para a UPA, ou ainda, feito apenas o planejamento e acompanhamento.

O planejamento terapêutico é o passo-a-passo do paciente na unidade, desde sua acomodação na ala correta até a medição da glicemia e, se necessário, tratamento medicamentoso, bem como o retorno do mesmo para acompanhamento médico. Ainda, o paciente pode ser acompanhado por vários setores da saúde, como nutricionista, profissional de educação física e outros que forem necessários, sendo ofertados pelo NASF, que acompanha a UBSF.

## Unidade de Atenção Primária



O planejamento e acompanhamento de pacientes crônicos diabéticos, inclui o cuidado do pé diabético - podendo ser realizado no HiperDia, como citado anteriormente -, mudança de rotina e exames complementares. Os exames complementares são realizados no caso de alterações na avaliação do pé diabético, esses exames incluem radiografia para identificar possíveis alterações estruturais no pé, exames de gram e de cultura em casos de suspeita de úlcera infectada e exames para avaliação neurológica ou vascular. Ainda, exames de glicemia capilar para controle da glicose.

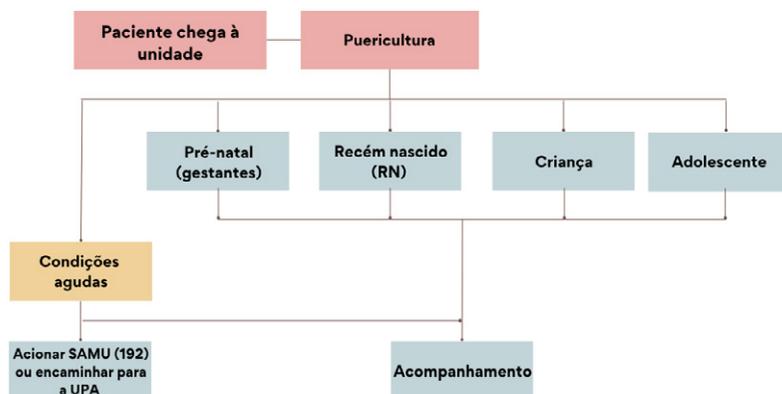
Já a Puericultura, é dividida de acordo com a fase de vida do paciente. A puericultura, área da pediatria, analisa o crescimento e o desenvolvimento da criança, desde o pré-natal até a adolescência. De acordo com Del Ciampo et al., (2006), a puericultura foca na prevenção e promoção da saúde, visando manter a criança saudável e garantir seu

eficaz desenvolvimento, assim a mesma atingirá uma vida adulta saudável e sem influências desfavoráveis da sua infância.

A puericultura vai além de consultas médicas ou de enfermagem, além de exames físicos e laboratoriais, é necessário entender a vida social da criança e o ambiente no qual a mesma está inserida.

Nos casos de puericultura, na UBS, é feito o acompanhamento da criança e em condições agudas é acionado o SAMU.

## Unidade de Atenção Primária



Ainda, existem atores que contribuem para uma ação eficaz da Atenção Primária, esses são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam de forma prática em visitas domiciliares e rastreios pelos bairros, com o auxílio de enfermeiros ou médicos. O papel do ACS é fundamental para a troca de experiências entre o usuário e a equipe de saúde que atua na USF, além dos mesmos atuarem fortemente como promotores de saúde já que têm como função a propagação de informação e o cuidado com a população em geral.

Nos casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que são principalmente a Hipertensão e a Diabetes, uma equipe multiprofissional é de extrema importância na sociedade.

O papel do ACS na comunidade, quando relacionado às DCNT é transmitir o seu conhecimento prévio de promoção da saúde, maneiras de prevenção, sinais e sintomas básicos e aconselhar a ida à Unidade Básica. Já para a equipe médica da Unidade, o ACS deve relatar quais os pacientes que não fazem acompanhamentos e se eles possuem algum fator de risco para as doenças, ser observador é fundamental para o sucesso da troca de informações.

Como já ressaltada a necessidade de uma equipe multiprofissional, vale ressaltar que, o ACS não tem propriedade para realizar alguns testes que podem diagnosticar o agravo, como aferição de pressão e teste de glicemia, sendo esses domínios do médico ou enfermeiro, com isso, entende-se a atuação de um profissional de enfermagem ou médico durante as visitas domiciliares.

Caso um paciente chegue “encaminhado” por um ACS, o mesmo deve seguir o fluxograma já discutido anteriormente.

Consoante as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, alguns sinais e sintomas de extrema importância devem ser relatados aqui, como também alguns fatores de risco.

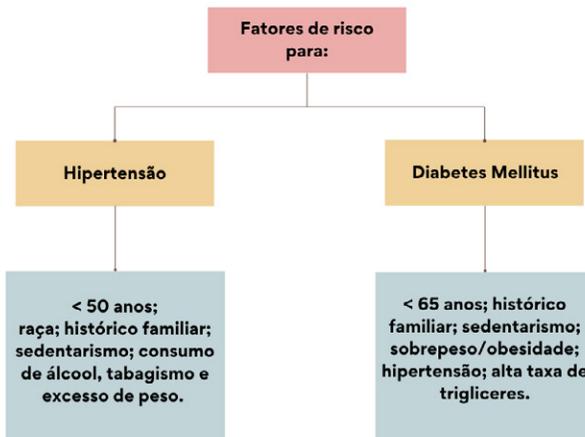
Os fatores de risco mais comuns para HAS são, a idade (<50 anos), raça (mais comuns em pessoas pretas), histórico familiar, sedentarismo, consumo de álcool, tabagismo e excesso de peso.

Já o diagnóstico clínico é feito a partir da aferição da pressão arterial e o tabelamento da mesma, que após alguns dias sendo aferida pode-se concluir o diagnóstico.

Os fatores de risco para DM são, o histórico familiar, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, idade (<65 anos), diagnóstico de HAS e alta taxa de triglicérides.

O diagnóstico da DM é mais complexo e é necessário exames laboratoriais para a conclusão do mesmo, porém, existem alguns sinais e sintomas que podem mediar a necessidade dos exames como, poliúria (micção em excesso), polifagia (fome em excesso), polidipsia (sede em excesso) e perda de peso.

Tais conhecimentos devem ser repassados aos usuários do Sistema e pacientes que apresentam esses sinais devem receber acompanhamento médico para melhor contorno da situação.



NOBRE, 2010

## REFERÊNCIAS

BALADI, R. **Fundamentação teórica de Hipertensão arterial sistêmica - HAS**. Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS, p. 2-9, 10 out. 2022. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/1/unidades\\_casos\\_complexos/unidade19/unidade19\\_ft\\_has.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/1/unidades_casos_complexos/unidade19/unidade19_ft_has.pdf). Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 62 p. Disponível em: [http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual\\_do\\_pe\\_diabetico.pdf](http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf). Acesso em: 02 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado. [S. l.], 12 jul. 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>.

DEL CIAMPO L.A., RICCO R.G., DANELUZZI J.C., DEL CIAMPO I.R.L., FERRAZ I.S., ALMEIDA C.A.M. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. **Ciência Saúde Colet**. 2006; pág.:739-743. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K6VfkqqnRCXgPJpyGDfQngr/?lang=pt&-format=pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

MELO, L. D. R. **Estratégia de rastreamento de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Atenção Primária com suporte de um sistema de apoio à decisão clínica**. 79p. Dissertação (Mestrado em Infectologia) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2020.

NOBRE, F. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, [s. l.], v. 17, ed. 1, Jan./Mar 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111920/diretriz.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.

SILVA M.M.; ROCHA L.; SILVA S.O. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2009,mar., 30. pág. 141-144. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/4466/6550>. Acesso em: 17 out. 2022.

## CAPÍTULO 8

# **CUIDADO COM O(A) TRABALHADOR(A) DE SAÚDE PÓS PANDEMIA**

Giullia Gabrielli Galiciani, Gabrielle de Oliveira  
Paes, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

No que concerne ao trabalhador de saúde, é notório que, na maior parte das vezes, há um sofrimento psíquico intenso, devido ao desgaste enfrentado em sua prática cotidiana. Pode parecer estranho, haja vista que são os responsáveis pela promoção da saúde e cuidado para com outras pessoas. Heloani e Ribeiro (2012, p. 141) afirmam que “as dificuldades e a falta de condições de trabalho para os trabalhadores de saúde acarretam repercussões deletérias na saúde do trabalhador em geral”, que são, indiretamente, afetados, pelo atendimento de um profissional adoecido. Dessa forma, o cuidado com o trabalhador de saúde é duplamente importante, por causa dele mesmo e por causa do usuário.

O sofrimento psíquico do trabalhador de saúde pode ser entendido por meio de várias perspectivas teóricas, dentre elas, a Psicodinâmica do Trabalho. Para essa abordagem, o sofrimento psíquico se situa entre a sanidade e a loucura, uma zona cinzenta entre o claro e o escuro, variando em grau de complexidade, podendo estar mais ou menos constituídos enquanto transtornos mentais. Existem diversas maneiras utilizadas para minimizar esse sofrimento, de modo que o indivíduo recorre ao ambiente interno e externo, bem como a situações que lhe trazem satisfação, a fim de vivenciar de forma saudável as atividades laborais. No que diz respeito ao sofrimento psíquico no campo do trabalho, se deve ao fato das intensas agressões que ocorrem nesse

ambiente, bem como a indevida organização de trabalho pautada nos efeitos deletérios da exploração capitalista, o que carece de reparações que gerem mudanças significativas (RIBEIRO, 2020).

Durante a pandemia do COVID-19, o profissional de saúde que estava na linha de frente ficou exposto a diversas inseguranças, medos e incertezas. O fato do vírus ser algo inusitado acarretou diversos desafios para a classe dos profissionais de saúde. Tudo isso gerou um tremendo desgaste emocional, afetando de maneira significativa a saúde mental dessas pessoas, que em sua maioria tiveram pessoas próximas contaminadas, como familiares e/ou amigos. Além de impactar também no físico, devido às intensas cargas horárias de trabalho (ACIOLI *et al.*, 2022).

Com base nos dados de uma pesquisa sobre a atuação dos profissionais de saúde no contexto da pandemia, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, esse período trouxe graves problemas com relação à saúde mental desses trabalhadores. De modo que tiveram alterações no sono, distúrbios que desencadearam choros e irritabilidade, estresse intenso, sentimentos e pensamentos negativos, entre outras complicações. Ademais, muitos desses profissionais já estavam exaustos antes do início da pandemia, o que foi um fator que agravou ainda mais a saúde dos mesmos (LEONEL, 2021).

Neste capítulo, será apresentado um breve relato de uma intervenção voltada para o cuidado do trabalhador de saúde, realizada pela equipe do Programa de Educação pelo Trabalho-UFMS (Pet-Saúde UFMS), junto aos trabalhadores de saúde de uma Unidade de Saúde da Família.

## **OFICINA**

No dia 30 de setembro de 2022 foi realizada uma oficina com profissionais de saúde da USF Dr. Judson Tadeu Ribas. Tal oficina teve

a coordenação do Pet-Saúde/UFMS. O material utilizado foi elaborado especificamente para profissionais de saúde – “Boas práticas na superação do desgaste de profissionais de saúde: experiências intensificadas na Pandemia” (RIBEIRO, 2022). Ao observar o sofrimento psíquico do trabalhador no período da pandemia, notou-se uma sobrecarga muito grande, por isso, Ribeiro *et al.* (2022, p. 5) descreve que “é um tema delicado e complexo, ligado ao processo de trabalho em saúde, regido por alguns princípios e diretrizes”. Portanto, o material veio para promover reflexões acerca do assunto, baseado no contexto da humanização, que visa criar espaços de estímulos para a produção de maneiras de cuidados para com os profissionais, com foco na humanização e eficácia no atendimento voltado à esse público (SOARES *et al.*, 2019).

Para dar início a oficina, foi feita uma breve apresentação individual, de forma que cada pessoa pronunciou o nome e sua área de atuação. Em seguida, o material foi entregue a cada um para que se realizasse a leitura. Posteriormente, os organizadores da oficina distribuíram tarjetas e canetas para que os participantes escrevessem uma palavra selecionada no material, que representasse seu sentimento frente a essas questões de desgastes. Após isso, de acordo com as cores das tarjetas, houve divisão de grupos (de 5 a 6 pessoas) para discutir as palavras e explicar o motivo pelo qual determinada palavra foi escolhida. De maneira que pudessem escolher um integrante do grupo para repassar e explicar quais palavras foram escolhidas no grupo.

Com isso, foi notório que a pandemia definitivamente trouxe transformações muito rápidas, o que exigiu mudanças nas práticas e processos de trabalho. Isso gerava estresse e prejuízo na saúde mental dos trabalhadores, trazendo fadiga e ansiedade. Uma das Agentes Comunitárias de Saúde relatou que independente do mau humor e ansiedade, tinham que tratar as pessoas bem, ter empatia, ser uma pessoa

humana e querida. Não no dia da oficina, mas em outros momentos, outra trabalhadora, técnica de enfermagem, já havia exposto o aumento do desgaste durante a pandemia, especialmente quando as vacinas chegaram à unidade, tendo em vista que havia uma multidão de pessoas para serem vacinadas, cerca de 300 ao dia. Com isso, a escala de trabalho aumentou muito e o quantitativo de técnicos permaneceu o mesmo, tiveram que se desdobrar por conta dessa grande demanda e o abalo emocional foi aumentando, a cada dia. Alguns trabalhadores precisaram procurar médico psiquiatra e terapia, tomar antidepressivos, ansiolíticos e remédios para dormir, que nunca haviam precisado antes. Foi um período de muita angústia e turbulência.

Concomitantemente a isto, uma das palavras que mais apareceram nas tarjetas foi o “acolhimento”, tendo em vista que, na maioria das vezes, o profissional de saúde não era acolhido de maneira satisfatória. É importante ressaltar que para acolher, precisa-se ser acolhido.

A queixa maior foi por parte das Agentes Comunitárias de Saúde, que relataram a falta de suporte e espaço de fala. Sentiam necessidade e falta de encontros presenciais, que eram feitos diariamente das 7h às 8h da manhã, antes da pandemia. Com a pandemia, todas as informações passaram a ser feitas de maneira remota (através do *WhatsApp*). Isso trouxe um sentimento de indignação. Portanto, a oficina teve como desdobramento encontros futuros com os Agentes Comunitários de Saúde, visto que uma das ênfases que deram foi que o apoio dos outros profissionais de saúde, mesmo os de outros setores pelo qual ainda não tinham afinidade, sempre lhes ajudava muito, quando ocorriam.

Diante o exposto, conclui-se que uma possibilidade de superação do desgaste do profissional de saúde seja mesmo a potencialização de espaços de ajuda mútua, entre os pares, a fim de que um possa, solidariamente, fortalecer o colega, num processo de Educação Permanente em Saúde, contínuo e promissor.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, D. M. N. *et al.* Impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 63904, p. 1-5, mar. 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/63904/41813>. Acesso em: 12 nov. 2022.

HELOANI, J. R.; RIBEIRO, S. F. O sofrimento psíquico do trabalhador do SUS frente à morte do usuário no processo de trabalho interdisciplinar. In: VIZZACCARO-AMARAL, A. L.; MOTA, D. P.; ALVES, G. (org.). **Trabalho e estranhamento: saúde e precarização do homem-que-trabalha**. São Paulo: LTr, 2012. p. 140-155.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=Os%20dados%20indicam%20que%2043,a%20necessidade%20de%20improvisar%20equipamentosa%20necessidade%20de%20improvisar%20equipamentos>". Acesso em: 12 nov. 2022.

RIBEIRO, S. F. R. *et al.* **Boas práticas na superação do desgaste de profissionais de saúde: experiências intensificadas na pandemia**. Assis: Seike & Monteiro Gráfica e Editora, 2022. 20 p.

RIBEIRO, S. F. R. Sofrimento psíquico e relação com o trabalho. In: SCHMIDT, M. L. G. (org.). **Dicionário temático de saúde/doença mental no trabalho: principais conceitos e terminologias**. São Paulo: FiloCzar, 2020. p. 412-414.

SOARES, V. F. O. *et al.* Relato de experiência sobre a oficina de humanização: uma reflexão sobre os modos de cuidar. **GEP NEWS**, v. 2, n. 2, p. 145-152, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/7892>. Acesso em: 13 nov. 2022.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro

Apesar de ser o final, cabe pensar no processo todo, no percurso da escrita coletiva desse livro. Foi um exercício solidário de cumplicidade e cheio de inquietações, com manifestações de cansaço, as vezes desânimo, mas acima de tudo alegria por compartilhar experiências inéditas e de crescimento para todos os envolvidos.

Cronologicamente, os primeiros encontros relatados ocorreram em meados de 2022, a fim de compor o grupo tutorial, composto por acadêmicas, tutor, preceptores e coordenadora. Estes momentos foram essenciais para afinar e alinhar as ideias sobre os momentos posteriores. O grupo tutorial só se tornou vivo porque se encontrou para discutir o próprio sentido da prática a ser realizada; revisando conceitos sobre Atenção Básica, Educação Permanente em Saúde e Gestão Compartilhada no SUS. Além disso, foi preciso que o grupo tutorial pudesse conhecer-se mutuamente, porque uma gestão participativa precisava começar entre os próprios participantes, autores e co-autores deste material, que o leitor tem em suas mãos. Essas reuniões foram feitas nas dependências da UFMS, às sextas feiras. Ah, quão proveitosas elas foram! Entremendo com as idas para a USF Moreninha III, as reuniões se mantiveram, pouco antes ou após as idas na unidade.

Esse livro procurou fortalecer e elucidar questões sobre a prática e reconhecimento da USF Moreninhas III, a partir do que foi trazido pelos profissionais, com uma observação participante e uma escuta atenta. Durante este trabalho, as tarefas foram definidas - individuais, em duplas ou coletivas - com o envolvimento de professores, tutores,

acadêmicas, profissionais da unidade, profissionais do NASF e coordenação da unidade. Assim como o processo de Educação Permanente em Saúde valoriza a gestão participativa, o grupo tutorial do Pet-Saúde-U-FMS também valorizou esse tipo de gestão, no seu próprio processo de intervenção, buscando um pensar coletivo. Talvez o pensamento de Benjamim (1986, p. 50) sintetize esse livro: “eis o caráter do tratado, renunciar ao curso ininterrupto é a sua primeira característica, incansavelmente o pensamento começa sempre de novo, volta minuciosamente a própria coisa”. Foi por meio desse movimento, cheio de idas e vindas, suspiros e tomada de fôlego que os autores quiseram compartilhar sobre o processo de trabalho na Atenção Básica e o mergulho sobre a gestão do cuidado.

#### Referências:

BENJAMIN, W. *Magia e Técnica, arte e política. Obras Escolhidas I*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

## **SOBRE OS ORGANIZADORES E AUTORES**

### **SANDRA FOGAÇA ROSA RIBEIRO**

Psicóloga, Doutora em Educação pela Unicamp, Mestre Saúde Pública pela UNESP, Pós- Doutora pela Unicamp. Professora Adjunta na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Coordenadora do grupo de pesquisa Saúde Mental, Trabalho e Gestão/CNPq. Desenvolve estudos nas áreas de Psicologia do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, especialmente no campo da saúde pública.

### **RAFAEL FERREIRA**

Possui graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo - FOB/USP (2012), Mestrado em Reabilitação Oral com linha de pesquisa em Periodontia (2015) pela FOB/USP e Doutorado em Periodontia pela FOB/USP. Atualmente, é professor adjunto da disciplina de Periodontia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Coordenador docente da Liga Acadêmica de Periodontia e Implantodontia Sul-mato-grossense.

### **ALINE COELHO ARRUDA**

Acadêmica do curso de Licenciatura em Educação Física na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul desde 2020. Atuante no Núcleo de Pesquisa CGOMPH, bolsista pelo Programa de Residência Pedagógica, ex-bolsista pelo PET-Educação Física, ex-bolsista PET-SAÚDE.

Email para contato: [aline\\_arruda@ufms.br](mailto:aline_arruda@ufms.br)

ID Lattes: 0422635754070092

CV: <http://lattes.cnpq.br/0422635754070092>

### **AMANDA CRISTINA LEAL KUNDZINS**

Acadêmica do curso de Medicina na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2021. É coordenadora da liga acadêmica de ginecologia, obstetrícia e mastologia (LAGOM) e ex-bolsista do Programa de Educação pelo trabalho para saúde (PET-SAÚDE).

E-mail para contato: [amanda.kundzins@ufms.br](mailto:amanda.kundzins@ufms.br)

ID Lattes: 2382367662927133

CV: <http://lattes.cnpq.br/2382367662927133>

### **DANILO ARAÚJO CORONEL**

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Anhanguera – Uniderp, Bacharel em Teologia pela FAERPI, Especialista em Atenção Básica em saúde da família pela UFMS, cursando Pós-Graduação em Auditoria, Contabilidade e Perícia Contábil na UniCesumar. Atua como enfermeiro da ESF na Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) no município de Campo Grande - MS e como preceptor do PET-SAÚDE 2022/2023 UFMS/SESAU.

### **EMILLI CAROLINE SILVA SOUZA**

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. É integrante da Liga Acadêmica em Psicologia da Saúde (LAPS) da UFMS e bolsista do Ministério da Saúde no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). E-mail para contato: [emillics.souza@gmail.com](mailto:emillics.souza@gmail.com)  
ID Lattes: [2178498915183842](https://lattes.cnpq.br/2178498915183842)  
CV: <https://lattes.cnpq.br/2178498915183842>

### **GABRIELLE DE OLIVEIRA PAES**

Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2019. É bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). E-mail para contato: [gabii\\_op@hotmail.com](mailto:gabii_op@hotmail.com)  
ID Lattes: 5495431351342058  
CV: <http://lattes.cnpq.br/5495431351342058>

### **GIULLIA GABRIELLI GALICIANI**

Acadêmica do curso de Nutrição na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É integrante da Liga Acadêmica Multiprofissional de Aleitamento Materno (LAMAM) e atualmente bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).  
E-mail para contato: [giullia.g@ufms.br](mailto:giullia.g@ufms.br)  
ID Lattes: 9900768483964434  
CV: <http://lattes.cnpq.br/9900768483964434>

### **MARIA FERNANDA FIGUEIRÓ DE ARAÚJO**

Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. É integrante do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise, Epistemologia e Linguagem (LAPPEL) da UFMS, estagia em Psicanálise Clínica e é bolsista do Ministério da Saúde no PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). E-mail para contato: [mf\\_figueiro@hotmail.com](mailto:mf_figueiro@hotmail.com)

ID Lattes: 2100576226327694

CV: <http://lattes.cnpq.br/2100576226327694>

### **MARIANA GIORI GOMES**

Acadêmica do curso de Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2020. É bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) e integrante do Programa Institucional de Iniciação Científica Voluntária (PIVIT). E-mail para contato: [marianaggiori@gmail.com](mailto:marianaggiori@gmail.com)

ID Lattes: 2647674922358182

CV: <http://lattes.cnpq.br/2647674922358182>

### **MARCIA GISELE ORNELAS**

Graduação em Medicina na UNIDERP. Medicina de Família e Comunidade. Preceptora Residência Medicina de Família e Comunidade pela FIOCRUZ/ SESAU. Pós-graduação em Preceptoria.

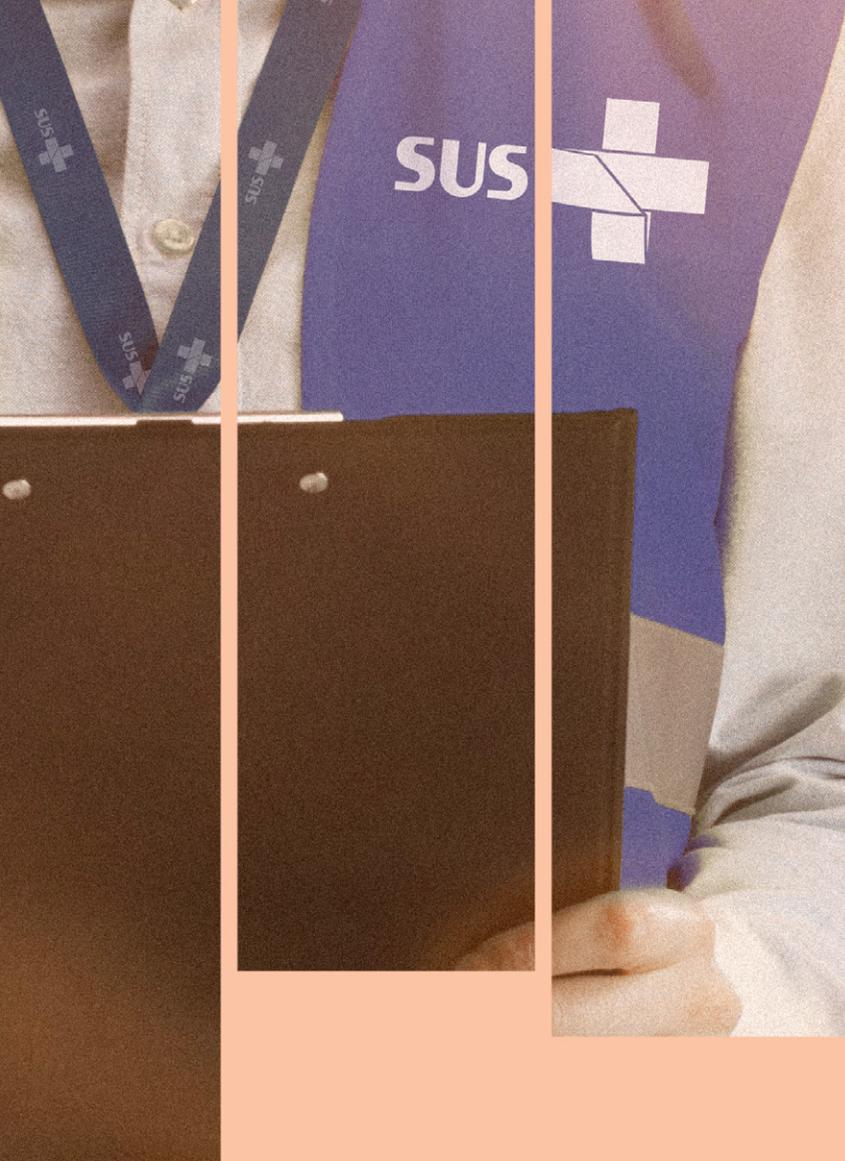
### **REBECCA MIRIAN ALVES DE SOUZA**

Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, desde 2021. É integrante da Liga Acadêmica de Enfermagem em Emergências Traumáticas (LAEET) e bolsista do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde). E-mail para contato: [rebeccamirian24@gmail.com](mailto:rebeccamirian24@gmail.com)

ID Lattes: 3922992382051890

CV: <http://lattes.cnpq.br/3922992382051890>

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Barlow.  
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>



ISBN 978-85-7613-643-9



9 788576 136439

 editora  
UFMS