



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA**

**Sala de Situação: potencialidades e desafios de uma intervenção em uma
Unidade Básica de Saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**

TÂMARA RIOS DE SOUSA

Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant

Brasília

2023

TÂMARA RIOS DE SOUSA

**Sala de Situação: potencialidades e desafios de uma intervenção em uma
Unidade Básica de Saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Residência para obtenção do título de
especialização Lato Sensu em Atenção Básica pelo Hospital
Universitário de Brasília/Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Jonas Lotufo Brant

Brasília

2023

TÂMARA RIOS DE SOUSA

**Sala de Situação: potencialidades e desafios de uma intervenção em uma
Unidade Básica de Saúde da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**

BANCA EXAMINADORA

Prof. dr. Jonas Lotufo Brant
Universidade de Brasília
Orientador

Prof. dr. Wallace Enrico Boaventura Gonçalves dos Santos
Universidade de Brasília
Membro Interno

Alberto Vasconcelos Sabala
Assessor de Planejamento em Saúde - SRSLE/SES-D.F
Membro Externo

Universidade de Brasília
Membro Suplente

Aprovado em 04/08/2023

“Deixa que a dúvida venha a respeito da vida(..)Melhor não saber nada, assim posso entender”

Canção de Gilsons e Julia Mestre- Índia

AGRADECIMENTOS

Agradeço à força divina por me acompanhar e proteger no período da residência.

Agradeço à minha filha, que nasceu ainda no período da residência e foi embora para o céu. Sem dúvida, sinto você em tudo de bom que consigo desenvolver.

Agradeço à minha família, pelo apoio, principalmente nos momentos desgastantes da residência.

Agradeço as turmas 21, 22 e 23 da residência, pela partilha e construção de conhecimento. Admiro todos vocês.

Agradeço aos tutores da residência pelo empenho, profissionalismo e competência que qualificaram a relação ensino-serviço.

Agradeço às minhas preceptoras pela acolhida e compartilhamento de suas bagagens de experiências para abertura de espaço para novas vias de saberes.

Agradeço a todos profissionais que em algum momento pude me conectar, aprender e replicar o conhecimento ensinado.

Agradeço aos profissionais de serviços gerais, vigilância e T.I por todas trocas de “bom dia”, “boas tarde” e “até mais” que, conectaram afetividade.

Agradeço a população da Região de Saúde Leste e pelos exemplos inspiradores de participação social.

Agradeço ao Alberto Sabala, por apostar e viabilizar espaço para o desenvolvimento do profissional sanitaria na Região de Saúde Leste.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde tem um papel importante na relação com o território e os modos de vida da população. Faz-se necessário fortalecer a gestão e o planejamento para exercer o Sistema Único de Saúde conforme seus princípios e diretrizes. Este estudo teve como objetivo conhecer as potencialidades e desafios de uma Sala de Situação em Saúde (SDS), em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no Itapoã, Distrito Federal, com abordagem do Planejamento Estratégico Situacional (PES) no contexto da relação Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Para tanto, foi definido descrever o processo de implantação da SDS na UBS 3 Itapoã; analisar a construção e repercussões no serviço do Painel SDS UBS 3 Itapoã, edição 2022 e apresentar outras ações de SDS com abordagem PES aplicadas na UBS 3 Itapoã, DF; identificar o uso das atividades da SDS para Vigilância em Saúde na APS. Realizou-se uma pesquisa-intervenção de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, com registro de campo e painel físico para Sala de Situação. Utilizou-se da ambiência do residente sanitário como operacionalização da intervenção. Análise de conteúdo para os resultados. Foi observado que alguns instrumentos utilizados na Região de Saúde não foram utilizados na UBS no período da intervenção. Há recursos estruturantes para implantação de uma SDS. A aplicação dos instrumentos não atendeu uma hierarquia ordinal, pois ações e decisões foram realizadas em situações concomitantes. Foi possível elucidar que uma SDS, na UBS, proporciona o fortalecimento das práticas de vigilância em Saúde por todos os profissionais. É preciso mais estímulo de uso da SDS na APS e engajamento dos profissionais. É necessário mais investimento na sustentabilidade da continuidade das atividades da SDS. A relação ensino-serviço, com universidade, é potente para sustentabilidade da SDS e o profissional sanitário pode desempenhar uma atuação estratégica de conjugação de saberes.

Palavras-chave: Sala de Situação em Saúde, Unidade Básica de Saúde, Planejamento Estratégico.

ABSTRACT

Primary Health Care plays an important role in the relationship with the territory and the population's ways of life. It is necessary to strengthen management and planning to exercise the Unified Health System according to its principles. This study aimed to analyze potentialities and challenges of a Situation Room in a Health Unit (SDS), in a Basic Health Unit, located in Itapoã, Federal District. With a Situational Strategic Planning (PES) approach in the context of the relationship between Primary Care and Health Surveillance. To this end, describe the SDS implementation process at UBS 3 Itapoã; analyze the construction and repercussions of the Panel SDS UBS 3 Itapoã, edition 2022; to develop SDS products with a PES approach at UBS 3 Itapoã, DF; identify the use of SDS activities for Health Surveillance in PHC. An intervention research with a qualitative, descriptive and exploratory approach was carried out, with field records and a panel in the Situation Room. The ambience of the sanitary resident was used as the operationalization of the intervention. Content analysis for results. It was observed that some instruments used in the Health Region were not used in the UBS. There are structuring resources for implementing an SDS. The application of the instruments did not follow an ordinal hierarchy, since there were concomitant applications, and managed to meet the objective. An SDS provides the strengthening of health surveillance practices by all professionals. More encouragement is needed to use SDS in PHC and to engage professionals. More investment is needed in the sustainability of SDS's business continuity. The teaching-service relationship, with a university, is potent for the sustainability of the SDS.

Keywords: Health Situation Room, Basic Health Unit, Strategic Planning

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atributos de um indicador	23
Quadro 2 – Recursos tecnológicos necessários para atividades de SDS	42
Quadro 3 – Acesso a fontes de dados e informações para atividades de SDS	43

LISTA DE SIGLAS

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SDS – Sala de Situação

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

VS - Vigilância em Saúde

GSAP - Gerência de Serviços da Atenção Primária

AGR - Acordo de Gestão Regional

AGL - Acordo de Gestão Local

NVEPI - Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E O HISTÓRICO DA APS NO D.F	13
2.1.1 Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal	14
2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E APS	16
2.3 SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE E ABORDAGEM DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	18
2.3.1 Momento Explicativo e Estruturação da SDS	21
2.3.2 Momento Normativo e apoio técnico-científico da SDS	23
2.3.3 Momento estratégico e contribuição da SDS	25
2.3.3.1 O que é um indicador?	26
2.3.4 Momento Tático-operacional e instrumentos da SDS para apoio	28
3 OBJETIVO GERAL	30
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4 METODOLOGIA	30
4.1 CENÁRIO DE PRÁTICA DA INTERVENÇÃO	33
4.1.1 Itapoã	33
4.1.2 Região de Saúde Leste - D.F	34
4.1.3 UBS 3 Itapoã e GSAP 2	35
4.2 MÉTODOS E TÉCNICAS DE REGISTRO	37
4.3 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO	37
4.4 QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 DIMENSÃO 1: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UMA SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE NA UBS 3 ITAPOÃ	40
5.1.1 Recursos Humanos e relacionais	41
5.1.2 Recursos Tecnológicos e acesso a fonte de dados	42
5.2 DIMENSÃO 2: IMPLEMENTAÇÃO DO PAINEL SDS UBS 3 ITAPOÃ: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL	45
5.2.1 Definição dos Indicadores da primeira edição do Painel SDS UBS 3 Itapoã	47
5.3 DIMENSÃO 3: PRODUTOS SDS COM ABORDAGEM PES NA UBS 3 ITAPOÃ, DF	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	55
ANEXO A	65
APÊNDICE A	67
APÊNDICE B	68
APÊNDICE C	70
APÊNDICE D	71

1 INTRODUÇÃO

A Sala de Situação (SDS) é uma estratégia de guerra, adaptada para o contexto da saúde, para fortalecer a cultura de planejamento e gestão no SUS, com base em informações sistematizadas e contínuas (OPAS/OMS, 2010). Quando aplicada em Unidade Básica de Saúde, apresenta desafios para produção, atualização das informações, capacitação e continuidade das atividades (Andrade, 2019; Albuquerque, 2013).

Atenção Primária à Saúde (APS) é a instância de atenção do SUS que tem como uma de suas responsabilidades fundamentais, conectar-se ao território para ofertar serviços condizentes com as necessidades em saúde da realidade local para todos contextos dos ciclos de vida (Brasil a, 2017; Brasil b, 2021).

A Vigilância em Saúde (VS) é o espaço de produção, disseminação de informações para subsidiar a tomada de decisão estratégica para atuar nos determinantes sociais e fatores de risco a doenças e agravos (Brasil, 2018).

A Sala de Situação da Região de Saúde Leste do Distrito Federal, move-se em fortalecer a tomada de decisão e subsídio informacional por meio de produção de dados, processos e informações que versem maior aproximação com as especificidades da gestão e território de responsabilidade. conta com documentos orientativos para atuação regional, como regimento interno, boletins informativos, capacitações de profissionais e cultura de planejamento estratégico.

O serviço conta com a atuação e parceria da Universidade de Brasília, por meio do Programa de Residência Multiprofissional da EBSEH/UnB e estágio de graduação dos cursos de Saúde e outras áreas. As atividades operam no andamento de Sala de Situação em Saúde, espera-se do residente, que sua atuação de sanitarista qualifique, fortaleça e contribua com os serviços de gestão e planejamento da Atenção Primária na Região de Saúde Leste, tanto em âmbito regional como local, na UBS.

Confere um desafio para a APS integrar a VS aos processos de tomada de decisão, por necessitar de um arranjo instrumental, intelectual, relacional e olhar oportuno das informações e dificuldade de planejamento e assim, conseguirem ações para promoção, prevenção e educação em saúde (Paim, 2008).

O objeto deste trabalho se refere na aplicação de Sala de Situação (SDS) no contexto de uma Unidade Básica de Saúde.

Este trabalho visa apresentar experimentações práticas da proposta do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Básica HUB/UNB, para atuação do profissional sanitário: desenvolver Sala de Situação com abordagem do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (PES) (Huertas, 1996), em uma Unidade Básica em Saúde (UBS).

Para tanto, inclinou-se para o processo de implantação da SDS na UBS; processo de construção do painel SDS para análise situacional das equipes; desenvolvimento de produtos da SDS com abordagem PES; potencialidades e desafios na relação APS e VS.

Este trabalho é qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. A metodologia utilizada foi Pesquisa-Intervenção (Chassot, Silva, 2018), por abarcar as atividades interventivas realizadas no cenário que, coproduziram juntamente a equipe gestora e profissionais da unidade. A coleta de dados foi pela observação participante (Angrosino, 2009). E análise pela categorização de Bardin (1978) com utilização dos conceitos-chaves da Pesquisa-Intervenção.

Utilizou-se da atividade interventiva da residente sanitária, para refletir sobre os desafios e potencialidades das práticas da SDS aplicadas na Região de Saúde Leste, em seu cenário de atuação, no período de março de 2022 a março de 2023, na Unidade Básica de Saúde nº 3 Itapoã, DF.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E O HISTÓRICO DA APS NO D.F

O Sistema Único de Saúde foi instituído no contexto da redemocratização do Brasil na década de 80 e normatizado pela Lei 8.080/90. Incorporou as discussões internacionais sobre uma mudança de paradigma de atenção à saúde, que fortalecesse cuidados primários e preventivos na saúde coletiva, conforme Declaração de Alma-Ata (Brasil,1979).

A porta principal e preferencial de entrada do SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), com atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde da população. Seu objetivo é promover a saúde, prevenir doenças e agravos, tratar e reabilitar os pacientes, em âmbito coletivo e individual de todos os ciclos de vida e especificidades biológicas individuais e socioeconômicas coletivas (Brasil, 2017).

A APS tem responsabilidades estratégicas de gestão da atenção no SUS: coordenar o cuidado em saúde, referenciar os pacientes para serviços especializados quando necessário e garantir a continuidade do cuidado em saúde, por meio das redes de atenção (Brasil, 2017).

A Estratégia Saúde da Família na APS, estrutura-se com equipes multiprofissionais que, devem garantir oferta de serviços assistenciais embasados e norteados por análise dos determinantes sociais, envolvidos nos arranjos sociais que movimentam os territórios e ditam processos de saúde-doença (Brasil, 2017; Corrêa, et al, 2019).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) configuram o arcabouço de atenção integral às condições de saúde. Uma RAS aborda tanto a responsabilidade de cada nível de atenção perante alguma situação, como delinea o trajeto terapêutico do paciente, conforme as necessidades e coordenação da APS (Brasil, 2010; Mendes, 2011).

Uma das diretrizes fundamentais para coordenação e organização das RAS pela APS é o território e a territorialização. Estudar, registrar e tornar técnico-científico o modo como as pessoas vivem e se relacionam é fundamental para a Estratégia Saúde da Família desenvolver integralidade em saúde(Santos; Rigotto, 2010; Brasil, 2017).

As redes temáticas instituídas pelo Ministério da Saúde são: Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil-Rede Cegonha; Urgência e Emergência (RUE); Pessoa com Doença Crônica Não Transmissíveis (DCNT); Pessoa com Deficiência; Atenção Psicossocial (Brasil, s.d). E no Distrito Federal, acrescido a Rede de atenção à pessoa em situação de violência (RAV)(Brasil a, 2023).

As RAS, orientam processos de trabalho em saúde que, arranjam-se em ações coordenadas e estratégicas, espaço de compartilhamento de saberes, métodos, técnicas dos trabalhadores, comunidade, usuários e configuram-se em modelos de atenção (Paim,2012).

Merhy (2014), traz uma discussão necessária sobre análise da micropolítica nos processos de trabalho em saúde que, inclina-se em identificar o trabalho técnico e motivacional que cada trabalhador exerce como indivíduo no ato do trabalho e as confluências com as necessidades em saúde da sociedade.

Essa dinâmica de análise, corrobora com a identificação de Fertoni et al (2015) sobre a coexistência de modelos assistenciais diferentes dentro do SUS, tornando assim, um desafio à consolidação da ESF no Brasil, pois cada profissional de saúde aplicará suas convicções no ato do trabalho.

Dois estudos sobre a análise do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2016 em Santa Catarina e 2019 em Minas Gerais, identificaram que há desafio em garantir recursos necessários para continuidade do cuidado e organização do trabalho. na APS de seus estados (Fontana,Lacerda,Machado,2016; Lima et al; 2019).

Desde 2019, o DF encontra-se em avaliação e qualificação dos seus serviços pelo Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (QUALIS APS), parceria da Secretaria de Saúde, UnB e Fiocruz Brasília (Brasil b, 2023).

2.1.1 Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal

O Programa Saúde da Família, já contava com seus impactos significativos mundialmente, inclusive em territórios de alta iniquidade. No território brasileiro, foi implantado em 1994 e dois anos depois, transformado em estratégia de organização da Atenção Primária, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Destaca-se

também que as atualizações da PNAB em 2011 e 2017, apesar de tornar a ESF prioridade, pouco avançou no fortalecimento em 2017 (Silva, 2019).

Desde a criação do SUS, interesses privados bio assistenciais e a transição de modelo de atenção, somado a magnitude territorial e cultural brasileira, resultou em implementações distintas do SUS. Nos últimos 15 anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF), teve avanços diferentes em cidades de até 100 habitantes e dificuldades com as complexidades de cidades de mais de 500 mil habitantes (Göttems, 2009; Silva, 2019).

Segundo Göttems (2009), até 1969 o DF contava com seis hospitais e cinco postos de saúde, com maior investimento na média e alta complexidade. A partir de 1970 até 1982 teve-se ações embrionárias de Programa Saúde da Família, o Plano Frejat teve incremento que viabilizou a construção de 40 unidades básicas de saúde, previa a descentralização da atenção e referências inglesa e da Declaração de Alma-Ata de 1978. A experiência, na década de 80, mais próxima de PSF, foi observado em Planaltina,

Após a Constituição Federal até final da década de 90, houve sobreposição de Políticas (SUS e SUDS), o que fortaleceu avanços para APS na capital federal. Entretanto, o plano governamental acabou instalando um Modelo de atenção com estruturas duplicadas de acesso, com Programa Saúde em Casa (PSC), além do PSF. A resistência dos trabalhadores com a mudança do modelo de atenção, influenciou na oferta de serviços que não considerava o perfil epidemiológico da época (Monteiro, 2021; Göttems, 2009).

A partir de 1999, ficou marcado o fim do PSC, devido ao questionamento do Ministério da Saúde sobre a utilização de contratação temporária pelo governo. Então, foi elaborada a conversão da atenção tradicional para Estratégia Saúde da Família. Estruturação de cargos e carreira na SES-DF e escola de formação de médicos (Göttems, 2009).

Em 2017, o governo apresenta um plano para priorização e expansão da ESF no D.F, por meio do Programa Converte e as Portarias 77 que definiu uma reorganização administrativa para Atenção Primária e a Portaria 78, com as regras para transição dos profissionais, capacitação, criação e incorporação de equipes de Estratégia da Família (eSF), bem como fortalecimento das equipes de Saúde Bucal (eSB) também (Brasil a, Brasil b; 2017).

Em números, em 2007, no Distrito Federal (D.F) havia 24,1% de cobertura ESF no D.F. (Göttems, 2009). Dois anos após a criação do programa Converte, em 2018, a cobertura de Estratégia Saúde da Família passou de 28% em 2016, para 69% em 2019 (Corrêa, 2019).

Entretanto, desafios em seu processo foram identificados, como o não incremento do número de Agente Comunitário conforme o perfil populacional e a significativa resistência dos profissionais ao modelo ESF (Monteiro, 2021).

De 2004 a 2019, houve uma redução de internação, de 13 condições sensíveis à APS, ainda que, mesmo assim, esteve presente desafios de acesso significativos na expansão da ESF no DF, segundo estudo de Bonfim, Ribeiro, Barbosa (2020).

2.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E APS

A forma de estudar, sistematizar e divulgar o comportamento das doenças até o final do século XIX, caracterizava-se por contagem de doentes e identificação das doenças na saúde. Os contextos históricos de entendimento de saúde, modelos de atenção à saúde também influenciam a abordagem teórica, termológica e prática da Vigilância em Saúde (Monken, Batistela,2009; Oliveira,2015).

Em 1950, Alexander Langmuir trouxe uma conceituação para a Vigilância em Saúde (VS) com atribuições de acompanhamento e análise contínua. Na Saúde Pública, uso para assessoramento de autoridades políticas e sanitárias. (Monken, Batistela,2009).

Na década de 1960 a vigilância teve uma proposição de associar o sentido com epidemiologia, impulsionado pelo médico epidemiologista referência nas ações mundiais de erradicação da varíola, o que resultou em rápida aceitação. E em 1975, é instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no Brasil (Monken, Batistela,2009; Franco et al, 2017).

A partir de 1990 intensifica-se a discussão sobre a organização e abordagem da “vigilância epidemiológica” vigente, ampliando seu sentido para agregar as ações voltadas aos agentes físicos, químicos e biológicos, fatores ambientais, que seriam depois constituídos na vigilância em saúde como: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e mais adiante saúde do trabalhador. (Monken, Batistela,2009; Oliveira, 2015).

Ainda assim, Monken e Batistella (2009), apontam vertentes utilizadas para vigilância em saúde. A primeira diz sobre a VS como *'análise de situação de saúde'*, fortalecendo o movimento de intervenções em problemas de saúde. A segunda traz uma noção de integração da vigilância sanitária com centros de saúde, uma configuração administrativa. E a terceira, uma reorganização de práticas e processos em saúde, afirmada pela normativa do SUS, com seus princípios e diretrizes e o Pacto de Gestão de 2006.

Monken e Batistella (2009), destacam também a importância de formação dos profissionais para aplicabilidade e descentralização da abordagem da vigilância em saúde como tecnologia interventiva e ou modelo de atenção. As disciplinas a respeito da vigilância em saúde são:

Epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação etc.), a *'vigilância em saúde'* recorre a uma *'associação de tecnologias'* (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos). (Monken, Batistella, 2009 p.6)

Esse arranjo, descrito na primeira e terceira abordagem de VS, compreende o universo desta pesquisa que pretendeu aplicar e identificar como os serviços, práticas e tomadas de decisões podem fazer uso das produções das salas de situação no contexto de Unidade Básica de Saúde.

A integração Vigilância em Saúde e APS é priorizada, normativamente, no DF, na portaria 77 de 2017, que ao tornar estratégico maiores esforços em fortalecer a APS, traz a VS como um aporte fundamental e de responsabilidade de todos os profissionais de saúde (Brasil a; Brasil b, 2017).

No Brasil, o marco norteador, veio no ano seguinte com a Resolução do Conselho de Saúde nº 588 de 2018 que instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), com definições para planejamento e ações de VS (Brasil a, 2018). Essa normativa traz a seguinte definição de Vigilância em Saúde:

“(...) O processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.” (Brasil, 2018, Art. 2, § 1)

Observa-se que os atributos de intervenção baseada em dados para promoção e prevenção de agravos, sintoniza com SUS e com a abordagem de planejar com informação (Paim, 2008).

Outro ponto significativo é a vigilância em saúde inserida nos processos de regionalização, característica estratégica também para APS, não menos importante que os demais, mas costura um ponto firme na relação APS e VS, por potencializar uma forma técnica-científica de olhar de forma regionalizada e produzir processos de trabalho implicadas com ordenação de redes de atenção (Paim,2008; BRASIL,2018).

A Vigilância em Saúde na Secretaria do Distrito Federal, está subordinada à Secretaria de Vigilância à Saúde, têm atribuições de “*prevenção, promoção, redução, eliminação dos riscos e agravos à saúde da população*” (Brasil c, 2023). Distribui as atribuições em centro e núcleos regionais, com ações de epidemiologia e imunização. Compete aos Núcleos, prioritariamente, a investigação de casos suspeitos, gestão e distribuição de imunizações/imunizantes nas Regiões de Saúde.

A Vigilância em Saúde, pela Sala de Situação da Região de Saúde Leste, abre espaço para produção de estudos, pesquisas e ações estratégicas com a parceria da Sala de Situação da Universidade de Brasília e de estagiários e residentes da mesma, contribuindo com a relação ensino-serviço. Para este trabalho é adotado o termo Vigilância em Saúde.

2.3 SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE E ABORDAGEM DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

A Sala de Situação (SDS) é um espaço físico e/ou virtual que abarca informações sistematizadas e contínuas que evidenciam situações de saúde, oferta e qualidade de serviços de saúde e abriga materiais técnico-científicos para tomada de decisão (OPAS/OMS,2010; Andrade, 2019; Albuquerque, 2013).

A SDS, compreende várias atividades envolvidas na coprodução de dados, informações, divulgação e concentração de materiais técnicos-científicos diversos que, orientam desde práticas assistências, até arranjos estratégicos para emergências em saúde pública, como um Plano de Contingência. (OPAS/OMS,2010)

Os componentes de uma Sala de Situação em Saúde para este trabalho são: abordagem do Planejamento Estratégico Situacional (PES); equipe multiprofissional;

indicadores e produção de materiais técnico-científicos, conforme 1ª edição do Manual Sala de Situação da Região de Saúde Leste (não publicado a, 2022).

Quanto aos recursos e instrumentos necessários, perpassam a equipamentos de informática, softwares de tabulação e tratamento de dados, acesso a fonte de dados, previsto no Manual de Implementação de Salas de Situação de Saúde (em elaboração, 2023). Como também a cultura organizacional para discussão e trabalho em equipe. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019, instituiu o Programa Informatiza APS, que financia o apoio de informatização da APS, por meio do Prontuário Eletrônico e qualidade dos dados (Brasil, 2019).

O desenvolvimento da Sala de Situação em Saúde na Região de Saúde Leste teve um percurso de discussão e consolidação da SDS Leste em parceria com a Universidade de Brasília. Esse contínuo processo contribuiu para um alinhamento conceitual sobre SDS, construção do Manual da Sala de Situação e Regimento. Os primeiros produtos versaram sobre Plano de Contingência para arbovirose e sífilis. Em 2020, as atividades foram direcionadas ao monitoramento de contatos, demandas envolvidas a COVID 19 e atualização de documentos anteriores. Em 2022, a primeira edição do Manual Sala de Situação da Região de Saúde Leste.

A partir de 2021, ocorreu ampliação da produção de boletins e o envolvimento no auxílio às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Avançou no Planejamento Estratégico Situacional da Região de Saúde Leste e na abordagem de temas emergentes como Plano para área descoberta de Estratégia Saúde da Família. Essas informações foram extraídas de documentos que se encontravam em construção, na ocasião deste trabalho.

Cabe ressaltar que a iniciativa de aproximar a universidade com os serviços, promoveu a troca de conhecimentos e ações englobadas com a realidade. Essa parceria se deu principalmente com a Sala de Situação da UnB que conta com Epidemiologista. Com extensão a isso, o programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da EBSEH/UnB e do estágio obrigatório supervisionado da UnB, em saúde coletiva.

O histórico de planejamento em Saúde no Brasil, teve uma passagem caracterizada para o custo/benefício, ou seja, adoção de ações que diminuíssem custos, abordagem Latina denominada CENDES/OPAS de Mário Testa. Em contrapartida, a abordagem de Testa trouxe olhar para situação, ampliando a forma

de fazer planejamento, contudo, sem a discussão de como instrumentalizar essa abordagem, trouxe uma complexidade difícil de ser operacionalizada (Giovanella,1990).

Com novas concepções de saúde, orientadas por questões sociais e os movimentos construindo novas abordagens, que culminaram posteriormente no direito à saúde na Constituição Federal, a proposta de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvida pelo chileno Carlos Matus, conseguiria contribuir e considerar a integração dos determinantes sociais e as forças de interesses dos atores estratégicos no planejamento (Brasil a, 2016).

A partir dos momentos do PES, visualiza-se o percurso mais integral para tomada de decisão em saúde, considerando as complexidades e dinamicidades envolvidas no processo saúde-doença-cuidado e sistemas de saúde (Bezerra et al, 2013).

Cruz et al (2017) discorrem que a abordagem do planejamento estratégico possui vantagens por envolver toda equipe e possibilitar maior acerto das ações, otimização dos recursos físicos e financeiros e divisão de tarefas. Quanto às desvantagens, os autores destacam que pode acontecer maior resistência dos profissionais aceitarem essa abordagem de trabalho, pois propõe uma interferência no clima organizacional. Outro aspecto de utilização de estimativas e retardo de decisões para possíveis acontecimentos.

A abordagem do planejamento estratégico em conjunto com Sala de situação, configura para este trabalho, ampliação de perspectiva para ambos, pois operacionaliza e organiza o planejamento e estende as possibilidades para Sala de Situação para além de produção epidemiológica, considerando também atividades de articulação com território, repositório de normativas, construção de fluxos e acolhimento de demandas de gestão.

A proposta de Carlos Matus, permite configurar instrumentos de outras áreas do conhecimento para os contextos da saúde. Essas configurações elucidam escolhas e ritos personalizados dos gestores que operam o PES em seus contextos de trabalho. A seguir, será apresentado os momentos do PES (Matus) e as definições instrumentais que a Sala de situação Leste adota em seu manual, como operacionalização das ações frente às demandas em saúde, voltadas às Redes de Atenção em Saúde.

2.3.1 Momento Explicativo e Estruturação da SDS

O Documento norteador para PES e os instrumentos na SDS, é o utilizado na Região de Saúde Leste, para subsídio de produção na Unidade Básica de Saúde (UBS) (não publicado b, 2022)

Neste momento, elucida as interpretações sobre a realidade que possam ser sistematizadas para explicar o tema escolhido, permite a identificação dos problemas e suas causas, efeitos, dinâmica de interação e influência dos atores-chaves, conformando uma análise situacional. A partir de informações de natureza qualitativa, quantitativa e registros normativos existentes sobre o tema. (Rieg, et al, 2014; Huertas, 1996)

Na obra de Huertas (1996), ele entrevista o idealista do PES, sobre todo o processo do PES. Para o momento explicativo, Matus apresenta a importância de diferenciar análise situacional de diagnóstico. Isso porque a primeira, considera a assimetria de interpretações da realidade pelos atores envolvidos, o pesquisador/observador é parte da interpretação. Enquanto o diagnóstico, elabora uma explicação única e com atores distantes da realidade.

A Estruturação da Sala de Situação da Região de Saúde Leste (SDS Saúde Leste) conta ainda com regimento interno com a composição e atribuição, sendo um grupo técnico e um grupo gestor; objetivo da SDS, os produtos ofertados pela SDS e a estrutura física disponível.

O ponto de partida para o PES é a definição da missão, visão e valores que atuam como norteadores de todo desenvolvimento PES e SDS. Possibilitam padronizar a intenção do planejamento e facilitar o repasse aos integrantes do grupo, define a referência política-conceitual para todas as direções que o processo for desenvolvido.

Conforme orientação nas tutorias do residente sanitário, a missão precisa responder: O quê? Para quem? Fazendo o que? Por quê?. A visão precisa atender às seguintes questões: objetivo para os próximos anos. Onde pretende chegar? Ser alcançável (Machado,2009)

A utilização da análise SWOT, visa identificar e organizar as forças e fraquezas, relacionados ao ambiente interno; oportunidades e ameaças sobre o ambiente

externo, frente à situação trabalhada. Reflete e organiza os processos de trabalho vigentes junto aos apontamentos da realidade estudada (Cruz, et al, 2017).

SDS Leste utiliza o mapeamento de atores-chaves ou Stakeholders, com utilização do software Smaply 3.0 para análise das interações, anotações sobre habilidades dos profissionais e afinidade com os temas abordados e construção de vínculo de equipe. Essas ações são iniciadas no momento explicativo e utilizadas no momento estratégico para construção de viabilidade de ações (não publicado b).

Seguindo, a ação de descrever os principais problemas, quanto as raízes envolvidas na produção do problema.

Aprofundando os problemas, a SDS conta com a construção da matriz de análise dos problemas, um detalhamento das causas e consequências do problema. Seguindo, a aplicação da Matriz GUT que permite priorizar os problemas a partir de combinações numéricas que resultarão em pontuações diferentes e assim, identificar quais problemas necessitam maior priorização dentro os identificados na SWOT. Já a Matriz TUC, identifica a capacidade de governabilidade frente os problemas (não publicado b; Rieg, et al, 2014).

Com isso, o momento explicativo e os instrumentos da SDS Leste, relacionam-se em organizar e sistematizar situações em saúde, de recursos físicos, humanos e políticos para criação do espaço físico e/ou virtual para uma SDS. Podem ser apresentados por boletins epidemiológicos e informativos, por meio de painéis físicos, dashboards, apresentações Powerpoint, documentos WORD, PDF e planilhas Excel e Google. Na APS, o território e a territorialização são os elementos-chaves para permear o uso da abordagem PES e construção da SDS (Brasil, 2017).

Outro ponto integrante do momento explicativo da realidade, é a utilização de informações estruturadas denominadas de indicadores em saúde, que evidenciam as condições de vida, morbimortalidade da população, oferta e qualidade dos serviços de saúde. A SES D.F conta com um guia para as equipes realizarem territorialização e diagnósticos situacionais na APS (Brasil b,2018).

Desde 2016, o DF conta com iniciativa de regionalização por meio do Decreto Nº 37.515, com os instrumentos normativos são Acordo de Gestão Regional (AGR) e Local (AGL), definidos nos eixos: Gestão do Sistema de Saúde Loco-regional; da Atenção à Saúde; Financeiro-Orçamentária; da Infraestrutura dos Serviços; da Educação, Comunicação e Informação em Saúde.

A partir de 2019, PORTARIA Nº 2.979, foi instituído pelo governo federal, o Programa Previne Brasil, um modelo de financiamento da Atenção Básica. Dentre os atributos, considera-se indicadores de desempenho, distribuídos as prioridades para as RAS. Caracterizados em 7 indicadores.

A SES D.F, por meio de contratualização da Administração Central, as superintendências de Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital, pactuam indicadores que também julgam estratégicos juntos ao Previne Brasil. Os temas estratégicos na Região de Saúde Leste, que integram seu AGR e AGL são: materno-infantil; Doenças Não Transmissíveis (DCNT); saúde da mulher; cadastros na APS e atividades coletivas, causas sensíveis à APS e agravos de notificação compulsória, que compõem a SDS Leste (Brasil a, 2022).

Mesmo a significativa representação da realidade por indicadores, há de se destacar também que, para contribuir com a explicação da realidade, além dos indicadores, a necessidade de mapeamento da organização do território e suas iniciativas fazem-se necessárias.

2.3.2 Momento Normativo e apoio técnico-científico da SDS

Este momento discute e sistematiza, como deveria ser a situação 'ideal' do tema abordado. Ancorado numa abordagem de planejamento tradicional que não integra, necessariamente, a imprevisibilidade do futuro. (Huertas, 1996)

Enquanto desenvolvimento do PES, Matus sinaliza que o momento normativo indica aos nós críticos dos problemas, atividades para três dimensões de ação, sendo a primeira a *visão de piso* que, conta com as piores condições para situações futuras, a *visão de centro*, geralmente condições possíveis para o presente momento e a *visão teto* que, detém condições mais favoráveis para situação futura desejada. (Huertas,1996; Rieg, et al, 2014)

Para SDS Leste, uma possibilidade de classificação das ações é a denominada Alfa, Beta e Gama, para organização das ações no planejamento estratégico. Ações alfa incidem na missão construída, todas atividades necessárias à materialização da missão estabelecida, com prazo contínuo. Ações Beta, são ações contingentes para problemas que precisam de soluções rápidas a curto prazo (até 3 meses). As ações Gama procuram atuar na construção da visão definida para seis meses a 1 ano.

A criação de um arcabouço técnico-científico que a SDS elabora, concentra e/ou indica fontes e referências confiáveis sobre manejo em saúde, tanto para análise de saúde como subsídios aos profissionais em seus cotidianos de trabalho. Assim, promove a criação de fluxos para a Região de Saúde.

Outro instrumento que sistematiza esse momento é a abordagem pelo Programa de Residência Multiprofissional que, além da classificação das ações em Alfa, Beta e Gama pela SDS Leste, aplica o Modelo Lógico. Sistematiza uma programação em saúde, com apresentação estruturada das ações e responsabilidades dos atores estratégicos, baseado no momento explicativo e estudo teórico-científico. (Cassiolato,2010)

A construção do modelo lógico conta com diagrama e os seguintes elementos, podendo ser moldável conforme situação trabalhada.

Elemento 1 são os *componentes*: vigilância em saúde; assistência e atenção à saúde, educação em saúde, promoção da saúde, educação permanente. O elemento 2 são os *subcomponentes*: atividade/dimensão específica dentro do componente. Elemento 3 *ações*, qual ação precisa ser desenvolvida. Elemento 4 *insumos e recursos necessários*. Elemento 5 o *produto*, consequência dos elementos anteriores. Elemento 6 *resultados*, possibilidade de sinalizar a tendência esperada para as atividades. Elemento 7 *Impacto*, refere-se a mudança esperada na condição de vida da população e Elemento 8 *teorias*, amparo técnico-científico que embasa essa programação. Esse modelo é inserido na SDS da UnB que baseiam as discussões na Residência Multiprofissional e SDS Leste (Coelho, 2022).

A estruturação da SDS na Unidade de Saúde, incide no momento normativo ao delinear a estrutura necessária para alcance do cenário viável em saúde, considerando uma margem de aceitabilidade do que seria 'ideal' a ser alcançado.

2.3.3 Momento estratégico e contribuição da SDS

Este momento é a análise dos atores envolvidos, em relação à sua motivação, influência com grupo, governabilidade, recursos indispensáveis e ações que viabilizem o alcance do proposto pelo PES. As ações envolvem interligação, integração e envolvimento dos atores-chaves (Huertas, 1996; Rieg,2014).

Construir viabilidade é transversal a todo processo de planejamento estratégico, que culminará no momento estratégico, mas precisa ser costurado em

todo e até anterior início do processo, pois incide no jogo das subjetividades das pessoas no exercício de suas atribuições profissionais.

Merhy e Franco (2003), trabalham uma análise quanto ao resultado do trabalho: trabalho morto, das técnicas fixas de operacionalização, manuseio do esfigmomanômetro - popularmente aparelho de pressão- por exemplo. E sobre trabalho vivo que envolve as motivações pessoais para o trabalho.

A SDS Leste contribui com tecnologias leves e do campo relacional, dimensões de baixa tecnologia, mas de grande empenho relacional, como proporcionar espaço para reuniões e conectar atores estratégicos, procurar parcerias, oficinas sobre sala de situação, organização e disponibilização de espaço virtual com documentos de subsídio (Merhy, Franco, 2003).

Este momento propicia compreender as necessidades de integração dos profissionais, conexão do planejamento estratégico com seus cotidianos, visão de equipe fortalecida ou não. A depender da necessidade, aprofundar essas questões, características de um Planejamento Comunicativo, da Teoria do Agir Comunicativo (TAC) do filósofo Jürgen Habermas, descrita na obra de Bettine (2021).

Essa teoria, segundo Bettine (2021), aborda os elementos presentes no agir comunicativo que influenciam o andamento coeso e participativo no planejamento estratégico, não é intenção abordar a TAC neste trabalho, mas mencionar que há um olhar para os arranjos comunicativos com mais estratégia e planejamento (Carvalho, Freire, Vilar, 2012).

Os projetos desenvolvidos na Região de Saúde, configuram um recurso importante para unificar esforços com repercussões múltiplas. A exemplo disso, é o Planifica SUS, parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Beneficência Portuguesa de São Paulo, Secretarias Estaduais de Saúde, Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde Proadi-SUS (Brasil a ,2021).

A Planificação é aderida na Região de Saúde Leste, desde 2016, para DCNT (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial) e objetiva qualificar a organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde em rede. Atua nos três níveis de atenção por meio de oficinas e capacitações de curta duração.

Em 2022, as etapas desenvolvidas foram de diagnóstico da rede, com fluxos, ambiente das Unidades Básicas de Saúde, força de trabalho, voltados para refletir

Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) e Gestão por Base Populacional, que identifica as características do território, gargalos e potencialidades na oferta de serviços em saúde no SUS. A SDS Leste apoia as unidades participantes na elaboração da entrega dos produtos propostos pelo Planifica SUS (Brasil a,2021).

Outro programa em desenvolvimento da Região de Saúde é o Qualifica APS, parceria da Universidade de Brasília, Fiocruz Brasília e SES, na qualificação dos serviços da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Suas etapas desenvolvidas em 2022 foram de diagnóstico das unidades e pactuação do Plano de Ação para Qualidade (PAQ), em vigor até o momento. Por meio de autoavaliação das equipes promove participação das experiências dos profissionais e gestores na elaboração das possibilidades de melhorias no serviço (Brasil b, 2023).

A atuação da residente foi atribuída ao apoio às equipes, para elaborarem seus produtos tanto para Planifica SUS, como para Qualis APS. O que trouxe interligação da SDS Leste, UnB e SDS Da UBS.

Este momento configura um arranjo subjetivo de baixa tecnologia e alta interatividade com os atores-chaves, para construir a viabilidade e continuidade do PES.

2.3.3.1 O que é um indicador?

Para Gestão Pública, indicadores são medidas mensuráveis, qualitativas e/ou quantitativas, para analisar a realidade e condições sociais da população, assim, consegue elucidar também a atuação do Estado conforme previsto em normativas (OPAS/OMS, 2008, s/d; Brasil, 2015; Bahia, 2021).

O objetivo da análise dos indicadores pode ser de *estrutura*, que se caracteriza por insumos, recursos humanos, materiais e financeiros. Outro tipo, denomina-se *processos/desempenho*, são indicadores de mensuração das atividades e aplicação de protocolos de manejo. E *resultados/impactos*, sobre as consequências da estrutura e processos, mudança positiva e/ou negativa na realidade da população (Bittar,2001; Filho,Vieira,Lima, 2020).

O manejo dos tipos de indicadores, auxiliam tanto para embasar e sustentar uma análise de realidade, para este momento explicativo PES, como também para monitorar ações e andamento de um planejamento estratégico em outros momentos.

Para construir um indicador, alguns atributos são necessários na sua composição, a fim de garantir uma análise da realidade que contribua em boas

práticas de gestão e planejamento. Em primeiro, o objetivo que norteará os indicadores e os atributos. O guia do Ministério do Planejamento sistematiza da seguinte forma:

Quadro 1 – Atributos de um indicador

ATRIBUTOS	DETALHAMENTO
Utilidade	Comunicar com clareza a intenção do objetivo, sendo útil para a tomada de decisão dos gestores. Representatividade Representar com fidelidade e destaque o que se deseja medir
Representatividade	Representar com fidelidade e destaque o que se deseja medir.
Confiabilidade metodológica	Ter métodos de coleta e processamento do indicador confiáveis
Confiabilidade da fonte	Ter fonte de dados com precisão e exatidão
Disponibilidade	Ser possível a coleta dos dados para o cálculo com facilidade e rapidez
Economicidade	Ter uma relação de custo-benefício favorável.
Simplicidade de comunicação	Favorecer o fácil entendimento por todo o público interessado
Estabilidade	Ter mínima interferência de variáveis externas ou possíveis adversidades
Tempestividade	É possível a sua utilização assim que o gestor precisar.
Sensibilidade	Ter baixos riscos relacionados ao indicador.

Fonte: Bahia (2021, p.12)

Para indicadores em saúde, é importante sinalizar o conceito de saúde que permeia as análises, isso configura o objetivo dos indicadores. É um posicionamento político a ser configurado. Para este trabalho, o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, princípios e diretrizes do SUS e as atribuições da APS, conformam o plano de fundo das análises em saúde (OPAS/OMS,s/d; OPAS/OMS,2008)

Os indicadores em saúde perpassam por informações demográficas, socioeconômicas, de saúde, vulnerabilidade, doenças, agravos e condições e fatores de risco prioritários, doenças com atenção contingencial como a dengue e COVID-19 e elucida qualidade e oferta de serviços e recursos de saúde (OPAS/OMS, 2008).

2.3.4 Momento Tático-operacional e instrumentos da SDS para apoio

O último momento do PES, na verdade, traz a ideia de avaliação, ajuste de rota, repactuação, monitoramento de todo o processo dos outros momentos. Ou seja, ação baseada no plano, que fortaleça processos contínuos na rotina dos serviços. Olhar para as circunstâncias e identificar as necessidades de aprimoramento.

O desafio que Matus destaca é que pouco se desenvolveu o desempenho condicionado a Planos.

A SDS Leste utiliza planilhas google sheets para personalizar as ações conforme a planilha 5W2H. Essa ferramenta faz parte do planejamento PDCA e é utilizada para melhor monitoramento das ações, responsáveis e prazos no PES (CRUZ, et al, 2017). O significado é:

O Que? (*What*) Que ação será executada?

Quem? (*Who*) Quem irá executar/participar da ação?

Onde? (*Where*) Onde será executada a ação?

Quando? (*When*) Quando a ação será executada?

Por quê? (*Why*) Por que a ação será executada?

Como? (*How*) Como será executada a ação?

Quanto custa? (*How much*) Quanto custa para executa a ação?

Esse arcabouço teórico apresentado, trouxe um plano de fundo para discussão das práticas que foram executadas para implantação e implementação da Sala de Situação na UBS, na abordagem do Planejamento estratégico de Carlos Matus.

3 OBJETIVO GERAL

Conhecer as potencialidades e desafios na implantação e implementação de uma Sala de Situação, no contexto de uma Unidade Básica de Saúde e Gerência de Saúde Atenção Primária 2 Itapoã, DF, em 2022.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação da SDS na UBS 3 Itapoã.
- Analisar a construção e repercussões do Painel SDS UBS 3 Itapoã, edição 2022.
- Apresentar outras ações de SDS com abordagem PES na UBS 3 Itapoã, DF.
- Identificar o uso das atividades da SDS para Vigilância em Saúde na APS.

4 METODOLOGIA

Este trabalho tem abordagem qualitativa e natureza descritiva-exploratória que consiste em descrever o processo de construção da análise situacional, do desenvolvimento dos componentes de SDS e desdobramentos na vigilância em saúde na APS. Confere caráter exploratório por expor potencialidades e desafios de uma SDS na UBS.

Pesquisa qualitativa em saúde atua na compreensão da realidade em suas dimensões não quantificáveis. Minayo diz que:

Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2011 p.21,22).

A abordagem descritiva em pesquisas qualitativas, referem-se à sistematização das características significativas da intenção de pesquisa, direcionada aos participantes ou fenômenos. Este trabalho descreve o percurso de construção da análise situacional e processo de escolha, ferramentas utilizadas nas atividades no cenário e as repercussões com as equipes de assistência e GSAP (Lando, 2020).

A abordagem exploratória, segundo Piovesan e Temporini (1995), permite flexibilidade e técnicas mais adequadas aos objetivos da pesquisa. Essa flexibilidade integra a incerteza e possibilidade de mudança de trajeto, o que para intervir e planejamento estratégico situacional em SDS também se alinham.

Com isso, a natureza descritiva e exploratória potencializa, a expressão no formato acadêmico, a experiência profissional multifacetada que é atuar na gestão e vigilância em saúde na APS.

A proposta de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica EBSEH/UNB para o profissional sanitário, advindo da graduação em Saúde Coletiva, consiste em contribuir com a gestão e vigilância em saúde no contexto da Atenção Básica da Região de Saúde Leste. O percurso de prática divide o primeiro ano de atuação nas Gerências da Diretoria de Atenção Primária à Saúde. No segundo ano, o profissional sanitário atua na Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP), momento ao qual essa intervenção foi realizada.

A residente Sanitário que este trabalho aborda, vem da graduação em Saúde Coletiva. Espera-se que esse profissional possa acionar tecnologias leves, leves-

duras (Merhy, Franco, 2003). As dimensões principais são intervenções que abordem: promoção, educação, prevenção, planejamento, política e epidemiologia. Sua prática está posicionada na interprofissionalidade e transdisciplinaridade, atuando no processo-saúde-cuidado (Bezerra, et al, 2013; Lorena, 2016)

As linhas de orientação são estabelecidas nos encontros de tutoria da residência, previamente pactuadas com os cenários de atuação. O Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Sala de Situação em Saúde são as diretrizes para as atividades a serem desenvolvidas, conforme demanda do serviço.

Essas diretrizes procuram fortalecer, qualificar informações e processos de trabalho para respostas consistentes e maleáveis às demandas em saúde. Observa-se, contudo, que a reflexão deste trabalho não distingue objeto do pesquisador, não atende a neutralidade tida como necessária na produção científica positivista (Rocha, Aguiar, 2003).

Buscando caracterizar qual abordagem consegue ser uma alternativa a produção científica convencional e positivista, as metodologias participativas contribuem para este trabalho.

Participativas pela promoção de interações dialógicas que resultem em diminuição da desigualdade cognitiva, ou seja, sistematizar e considerar os saberes diversos na micropolítica das práticas. O fundador do método é Kurt Lewin, psicólogo alemão e sua teoria foi lançada em 1978, segundo estudo de (Melo, Maia, Chaves, 2016)

Não há um consenso de diferenciação de pesquisa participativa e pesquisa-ação, entretanto, uma convergência é identificada ao destacarem serem possibilidades metodológicas para coprodução (Giatti, et al, 2021; Rocha, Aguiar, 2003).

Dentro deste mesmo arcabouço, em busca de novos arranjos de movimentos sociais na década de 60, uma vertente latino-americana com ingrediente freiriana, constituem a pesquisa-intervenção, que se singulariza por posicionar que “Não se pesquisa para produzir um conhecimento que será posteriormente aplicado, mas é na própria ação (junto a grupos e organizações) que o conhecimento pode ser produzido” (Chassot, Silva, 2018).

São 4 conceitos-ferramenta na pesquisa-intervenção. A *implicação* reflete que o pesquisador faz parte do processo da pesquisa, e que seus movimentos colaboram, interferem no objeto, cenário, instituição (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

Outro conceito-ferramenta é a *transversalidade*, diretamente ligada aos aportes da intervenção, pois considera as aberturas de novas vias de conhecimento e envolvimento de saberes (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

Segundo Chassot e Silva (2018), a *instituição* é lida pela pesquisa-intervenção, com base na filosofia da diferença e pensamento institucionalista de Michel Foucault, que versa sobre o espaço de materialização dos movimentos necessários para transformações e mudanças. Também é um conceito-ferramenta.

E os *analísadores*, são os acontecimentos reveladores do impensado pela instituição, por exemplo, como a informação em saúde pode indicar desafios, estratégias na oferta de serviços em saúde (Chassot, Silva, 2018).

Há uma preocupação para pesquisa-intervenção no que se refere ao sigilo das informações dos participantes que poderiam ficar expostos. Para este trabalho, as informações trabalhadas, principalmente na análise situacional, atendem a normativa da lei de proteção de dados, (Brasil c, 2018).

4.1 CENÁRIO DE PRÁTICA DA INTERVENÇÃO

4.1.1 Itapoã

Itapoã é a Região Administrativas (R.A) das mais 'jovens' do D.F, instituída há 17 anos. Seu histórico se insere em um contexto de expansão da R.A Paranoá e ocupação desenfreada. É a R.A responsável pelo maior incremento populacional do D.F atualmente, vistas também a contribuição do empreendimento populacional Itapoã Parque, que está em fase de entrega de apartamentos entre 2022 e 2024. Com isso, Itapoã terá cerca de 50 mil habitantes a mais, somente pelo empreendimento (BRASIL b, 2022).

O documento de referência para análise social, no Distrito Federal, é a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) 2021, cada R.A tem uma análise, nesta pesquisa, traz que havia 65.373 habitantes no Itapoã. Ainda pelo PDAD 2021, Itapoã representa 2,17% da população total do D.F e no ordenamento territorial, denominado Unidades de Planejamento Territorial (UTP) Leste, representa 21,28% (Brasil c, 2022)

UTP Leste e Região de Saúde Leste, são instrumentos de Planejamento do Governo para todas as políticas públicas, a saúde usa a definição de Região de Saúde. O PDAD 2021 também foi referência para construção dos indicadores na pesquisa-intervenção para Sala de situação em 2022.

4.1.2 Região de Saúde Leste - D.F

A estimativa de habitantes no Distrito Federal é de 3130014 3. 167.502. em 33 Regiões Administrativas, em 2021 (Brasil c, 2022). Para organização do planejamento em saúde e serviços, o decreto 7.508 de 2011, dispõe sobre organização do território conforme necessidade da gestão estadual e distrital, chamada de Região de Saúde, definida como:

“Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (Brasil art. 2, § 1).

No D. F, em 2015, as Regiões Administrativas (R.As) foram agregadas em 7 regiões de saúde, com superintendência, diretorias e núcleo de vigilância epidemiológica e imunização. Conforme mapa a seguir.



Fonte: Plano Distrital de Saúde -SES, D.F.2019.

A Região de Saúde Leste é composta pelas R.As São Sebastião, Jardim Botânico, Jardins Mangueiral, Paranoá e Itapoá. A população da Região nas

projeções para 2022 foi de 347.374 mil habitantes, segundo o portal de informações InfoSaúde.

Ainda segundo InfoSaúde (2022), o Sistema de Saúde contava com a seguinte disponibilidade em 2022: 1 Hospital Regional com 244 leitos; 1 CAPS AD; 1 CAPSi; 30 UBS com 68 equipes; 2 UPAS; 2 CEPAVs; 2 Policlínicas e 1 Casa de Parto.

Segundo o Índice de Vulnerabilidade Social, a Região de Saúde possui realidades diversas, entre RA menos vulnerável como Jardim Botânico e mais vulnerável como Itapoã, segundo dados do Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (2020).

A Superintendência da Região de Saúde Leste (SRSLE), adota uma governança baseada em resultados na prestação de serviços à população, com responsabilidade, bem como a qualidade deles. Já o planejamento com suporte da SDS, possui uma abordagem de gestão estratégica.

1.

4.1.3 UBS 3 Itapoã e GSAP 2

A Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 3 da R.A Itapoã, é marcada por um movimento de profissionais de saúde e comunidade, em aumentar a oferta de serviços de saúde, devido ao acelerado crescimento populacional. Sua localização não é próxima à sua área de abrangência.

Entretanto, todo o processo de busca de espaço, improvisado e reforma, teve grande influência da atual gerente da unidade que, ao relatar esse percurso, elucida um perfil de gestora engajada nas demandas em saúde da comunidade intersetorialmente.

A UBS 3, está localizada numa parte cedida pela administração Regional da R.A, que posteriormente foi reformada, para melhor adequação dos serviços de saúde. Do tipo 2, conta com 4 equipes, sendo que uma equipe, (ESF) Rubi, atende uma área rural, atua em um ponto de apoio para ficar mais próxima do território rural de sua responsabilidade.

A Unidade faz parte da Planificação em Saúde DCNT(Brasil a,2021) como unidade-laboratório, isso significa que o projeto se debruça com atenção aos resultados para melhoria das atividades do projeto em UBSs.

Devido à dificuldade de acesso, às características múltiplas no território adscrito, pois, a ESF atende população com difícil acesso e acentuada vulnerabilidade, como também população domiciliada em condomínios, com condições de vida mais favoráveis, somado a dificuldade da residente em acompanhar as atividades e ter a coordenadora de equipe que já atuava com as práticas de Sala de Situação, a atuação da pesquisa-intervenção, foi restringida para as equipes da unidade urbana, ESF 03, ESF 04 e ESF 5.

Não é objetivo deste trabalho apresentar as características territoriais de cada território de abrangência de cada equipe, pois o intuito é discutir a intervenção da SDS nos processos de trabalho na unidade básica e GSAP.

No período de desenvolvimento das atividades no programa de residência, a modalidade de afastamentos legais, que o serviço público dispõe, acrescido de déficit de profissionais, instalava situações de inconsistência em alguns momentos, o que acarretava rearranjo de equipe para continuidade do serviço, desarticulação de reuniões de equipe e sobrecarga e fragilidade em fazer vigilância em saúde para além de demandas epidêmicas, de emergência ou pontuais.

Com isso, pensar no planejamento estratégico situacional, encontra-se com o qualificador de considerar a imprevisibilidade do futuro na organização de gestão e planejamento (Huertas, 1996).

Outro ponto para o desenvolvimento deste trabalho, é a Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP), este cargo tem atribuições que perpassam a garantia de funcionamento estrutural da unidade, abastecimento de insumos e medicamentos, encaminhamento para rede de atenção, intervir nos processos de trabalho das equipes, produção e discussão de indicadores (Brasil a, 2017; Brasil c, 2021).

O perfil da gestora da unidade e preceptora da residente sanitária deste trabalho, caracteriza-se por ser engajada desde movimentar o território, como desenvolver uma cultura de reunião, de estruturar demandas e ter dados e informações subsidiando os processos de trabalho das equipes, estimulando que as equipes utilizem as fontes de informação disponíveis: relatórios do E-SUS, InfoSaúde e discussão de indicadores do Previne Brasil. Considera a atuação do sanitária. Traça o perfil dos profissionais para gerir conflitos e estimular ações intersetoriais.

Seu perfil e da equipe gestora, facilitou a aderência da proposta de Sala de Situação na UBS e desempenhou um papel impulsionador para colaboração e

participação dos profissionais para abertura de vias de coprodução, principalmente para vigilância em saúde.

4.2 MÉTODOS E TÉCNICAS DE REGISTRO

A observação participante propiciou apreender sobre os contextos envolvidos nas práticas de trabalho, participar de fluxos, proposições ou vínculos afetivos. Essa abordagem foi desenvolvida principalmente nos espaços de reuniões de equipe e reuniões colegiadas dentro e fora da GSAP (Angrosino, 2009).

O registro se deu, após aplicação das atividades e implementação da SDS, pois com ação tomada, a manifestação dos profissionais podiam ser mais espontâneas e elucidar um marcador de aderência do profissional nas atividades de gestão e planejamento. Anotações não sistematizadas foram utilizadas neste trabalho.

Duas linhas são objetos deste trabalho. A primeira, do registro das subjetividades advindas das atividades da SDS que conversem os objetivos da pesquisa. Outra linha, é a descrição da produção das informações em saúde, quanto os recursos necessários para implantação e implementação.

4.3 ANÁLISE DA INTERVENÇÃO

Para tornar categorizável e replicável o processo da intervenção de SDS na UBS 3, a Análise de Conteúdo, contribuiu para elucidar e estruturar quais os arranjos práticos viabilizaram a intervenção. Esse método inclina-se nas comunicações, para uma 'ultrapassagem da incerteza' e 'enriquecimento da leitura' (Bardin, 1978; Sousa, Santos, 2020).

Bardin (1978), institui que para abordagem da Análise de Conteúdo é preciso atender a pré-análise, definir objetivos; a categorização, de tornar visível e teórico as repercussões de uma observação e a inferência e interpretação, para este trabalho alicerçada nas experimentações práticas dos componentes de SDS.

Para tornar o observado e a relação participante da residente na análise, conectados em todo processo de intervenção, utilizou-se de forma transversal e complementar os conceitos-chaves da Pesquisa-Intervenção.

Os conceitos-ferramenta da pesquisa-intervenção (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018), nortearam a discussão para perpassar reflexões sobre as implicações, transversalidades, analisadores, presentes no processo de implantação e implementação da Sala de Situação com abordagem PES.

Considerando a inclinação avaliativa da intervenção SDS no cenário de atuação da residente, tornou-se adequado utilizar a Análise de Conteúdo, enquanto método, para conseguir destrinchar, de forma estruturada, categorias representativas que refletiram os recursos identificados como necessários no processo de implantação da SDS na UBS 3 Itapoã, dentre março 2022 a março de 2023.

Quanto à análise situacional, a análise de conteúdo promoveu maior aproximação de discussão do processo de escolha dos indicadores e meio de divulgação.

Para dimensão de desenvolvimento dos componentes de SDS, a análise de conteúdo contribuiu para uma discussão sobre quais e como os componentes foram aplicados no contexto da intervenção.

Com a implementação da SDS, por meio do painel situacional, a Análise de Conteúdo permitiu pontuar para esta intervenção estudada, quais repercussões que o Painel disparou na tomada de decisão e processos de trabalho.

E para analisar elementos significativos para continuidade de uma SDS na UBS 3 Itapoã, a Análise de Conteúdo formaliza pontos-chaves para continuidade dessa intervenção na prática do cotidiano de trabalho em saúde.

Os resultados e discussão serão apresentados com Dimensões de análise e as categorias produzidas pelo método de Bardin (1978) e discutidas com os focos dos conceitos-ferramentais da Pesquisa-Intervenção (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

4.4 QUESTÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho foi realizado dentro do preconizado pela resolução CNS 466/12.

Este trabalho apresentou limitações de não conseguir apreender sobre os desafios e potencialidades de algumas ferramentas, por não terem sido aplicadas. Dificuldade de encontrar estudos e materiais orientativos que versem sobre SDS no contexto da UBS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DIMENSÃO 1: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UMA SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE NA UBS 3 ITAPOÃ

A chegada no cenário de atuação ou mesmo a decisão de implantação de uma SDS, implicou em conectar-se ao trabalho vivo produzido pelos profissionais, para identificar como o trabalho permeia: a produção simbólica, de cuidado ao próximo; produção técnico-científica, o manejo clínico e protocolar e a produção coletiva que cada indivíduo compartilha (Merhy, 2014).

Para tanto, conversar e participar dos espaços de trabalho, a fim de captar as queixas e causas envolvidas, mas, principalmente, o que dá potência e motivação nos cotidianos dos profissionais. Pode-se assim construir aberturas para parcerias e mapeamento de esforços que coproduzam ações efetivas-afetivas, para este documento, para a Sala de Situação.

A definição de implementação do painel e demais produtos no serviço, perpassou a construção de vínculos, entrar na rotina do serviço para viabilizar, organicamente, todo o trabalho para uma Sala de Situação, o que conversa com aplicação de tecnologias leves, relacionadas à atenção às interações sociais, neste trabalho, para construção de uma linha de coprodução (Merhy, Franco, 2003).

Com isso, ao considerar os afetos no processo, oportuniza-se que as ações, instrumentos e métodos sejam efetivos e afetivos na integração e envolvimento dos atores, condizente com Sistema Único de Saúde em sua concepção de conexão aos contextos sociais e produções de vida nos territórios (Carvalho, Freire, Vilar, 2012; Merhy, 2003).

Como instrumento do PES e SDS, foi elaborado o mapeamento das ações internas e externas da GSAP que influenciam a tomada de decisão. E foi identificado as metas do Previne Brasil, Planifica SUS, Qualis APS e atuações da própria GSAP, como aumento da oferta de atividades de Educação em Saúde.

Ou seja, a GSAP integra e produz em seus processos de trabalho, as demandas nacionais, regionais e locais. Essas ações foram alocadas tanto para definir os indicadores para a análise situacional da primeira edição do painel da SDS (Huertas, 1996; Rieg, et al, 2014), como para construir o momento estratégico para o

engajamento dos profissionais visto que, as equipes já atuavam nos produtos desses projetos.

Observou-se os profissionais, suas influências e motivações nas atividades em grupo. Esse passo para o momento explicativo, se refere em identificar a possível resistência dos profissionais em abrirem suas práticas de tal modo que todos possam influenciar e colaborar positivamente para produção em equipe. E como Cruz et al (2017) alertou, foi experienciado 'desconfianças', 'defensivas' por parte dos profissionais.

As implicações necessárias, vieram da gestora ao fortalecer uma cultura de discussão com base em dados, trazendo a importância dessa prática. Para colaborar, foi empregado pela residente, dinâmicas quebra-gelo e de integração para trazer mais afinidade sobre o ato de avaliar nas reuniões de equipe, descritas no Apêndice A. Essas ações e atenção às relações no cotidiano do trabalho, corroboram com o conceito-chave da instituição que já identifica esse espaço como potência transformadora (Chassot, Silva, 2018).

Outros recursos foram necessários e serão descritos e discutidos a seguir para processo de construção da implantação da SDS UBS 3 Itapoã com abordagem PES.

5.1.1 Recursos Humanos e relacionais

Para os apoios estratégicos para implantação, a equipe gestora mostrou-se fundamental estar entre os apoios, pois incidiu com os profissionais para abertura de cooperação. Ter espaço para pautas e discussões (reuniões de equipe, colegiados, reuniões intersetoriais/ comunitárias), Este aspecto alinhou-se como recurso relacional e expressou transversalidade para a pesquisa-intervenção que, propicia abertura de novas vias de saberes em grupo (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

A promoção de uma cultura de discussão em equipe, com horário protegido, baseado em ciência, estimulou a formulação de ideias da equipe para identificar e intervir nos desafios, dificuldades e potencialidades. Essa cultura ajudou a refletir a dedicação do profissional a partir dos indicadores, revelando assim, a potencialidade do próprio profissional ver uma devolutiva da contribuição da sua força de trabalho. Esse aspecto conectar-se com conceito-ferramenta de analisadores, que versa sobre o potencial de revelar novas práticas institucionais (Chassot, Silva, 2018). Além de

concentrar a atenção da equipe nas possibilidades. Assim, fortalecendo práticas de vigilância em saúde por todos os profissionais, como preconizado na Portaria Nº 77/2017 que versa sobre o fortalecimento da APS no D.F (Brasil a 2017).

O mapeamento de atores-chaves foi um instrumento aplicado para identificar habilidades na UBS e capacidade de influência dos mesmos, entretanto, não foram aplicados instrumentos que a SDS da Região Utiliza (não publicado b; Rieg, et al, 2014; Huertas, 1996). A exemplo, o profissional administrativo com seus saberes de Excel avançado que colaborou com a sugestão de tabulação dos indicadores para arbovirose. Essa conjunção também construiu transversalidade de conhecimento e coprodução entre a residente e o profissional (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

A identificação dos recursos humanos e relacionais para intervenção da Sala de Situação com abordagem PES, permeou todos os processos e produtos da SDS coproduzidos no período de atuação da residente.

5.1.2 Recursos Tecnológicos e acesso a fonte de dados

Essa natureza de recursos, tornou-se como apoio significativo para implantação da SDS na UBS, pois, para o responsável operacional para SDS, no caso, a residente sanitaria, a disponibilidade de máquinas (computadores) e software integram os recursos. Foi verificado as máquinas disponíveis e viabilidade para baixar programas de extração, análise e tratamento de dados, isso influenciou nas escolhas de apresentação das informações.

Quanto à disponibilidade, verificou-se a garantia de acesso a um computador pelo menos 20h semanais, tanto para as atividades diversas como para específico para SDS. Devido à dificuldade de recursos nos serviços públicos aconteceu a indisponibilidade de máquina direcionada para SDS, entretanto, em convergência com a gerência, foi importante ter a garantia de acesso às horas recomendadas. Quanto a hardware, software, programas e internet foi percebido a viabilidade para:

Quadro 2 – Recursos tecnológicos necessários para atividades de SDS

Recurso	Ações
Computador em condições de uso	Disponibilidade de horas para atividades diversas e SDS
Teclado em condições de uso	Atividades
Mouse em condições de uso	Atividades
Licenças básicas de softwares, como pacote Office ou Libre Office,	Para criação dos documentos e registros e tabulação de dados e informações.
QGIS	Apresentação georreferenciada para as demandas
Internet banda larga	Para pesquisas
Acesso intranet	Para acesso ao SINAN e demais fontes limitadas ao setor saúde da SES D.F
Criação de e-mail com drive online específico para SDS	Para organizar, tabular, abrigar documentos e atividades da SDS e PES da UBS

Fonte: elaboração própria

Quanto ao acesso às fontes de dados, verificou-se que o desenvolvimento da produção de informações para SDS, necessitou de acesso a algumas fontes, descritas no quadro 2.

Quadro 3 – Acesso a fontes de dados e informações para atividades de SDS

Recurso	Ações
E-SUS/Prontuário Eletrônico (perfil equipe e gerente)	Relatórios de cadastro, território, busca ativa, dados de usuários com condições de saúde, de atendimentos, de produção dos profissionais, acesso escala
E-Gestor	Monitoramento Acompanhamento dos Beneficiários Bolsa Família
Plataforma QUALIS APS	Para colaboração no monitoramento das ações pactuadas
SISREG	Busca ativa
TrakeCAre	Busca ativa
InfoSaúde	Informações de gestão em saúde (perfil gestor)
TabWin	Tabulador de dados SINAN, SIM e SINASC
SINAN Net e SINAN	Acesso a banco de dados e investigação de casos para doenças e agravos de notificação compulsória
Acesso intranet	Para acesso ao SINAN e demais fontes limitadas ao setor saúde da SES D.F

Fonte: elaboração própria

Neste aspecto, foi considerada a proteção de dados e ética de confidencialidade no acesso e tratamento de dados. Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), os responsáveis pelo tratamento dos dados e dados sensíveis na UBS, estão respaldados nos artigos 7º e 13º respectivamente, que versam sobre uso pela administração pública para políticas públicas e na pesquisa em saúde pública, desde que o manejo seja restrito no órgão de pesquisa ou governamental. Dados pessoais sensíveis não podem ser alocados em armazenamento online/nuvem não governamentais (Brasil a,2018).

A gestão da UBS movimentou um arranjo de viabilidade para garantir acesso a máquina e fontes de dados, um processo de afinidade profissional para trazer confiança ao gestor, na pessoa responsável pelo operacional da SDS. Com isso, pode-se refletir que houve uma mudança de processo, conforme conceito-ferramenta

denominada instituição para pesquisa- intervenção. E a construção de confiabilidade entre ensino-serviço, como implicação para mudança.

A UBS conta com E-SUS e Prontuário Eletrônico online, o que se torna potente para produção de informações. O Ministério da Saúde conta com Programa de fortalecimento da informatização da APS, um movimento que propicia a criação de Salas de Situação nas UBS, pois fortalece o planejamento, gestão do cuidado regionalizados e vigilância em saúde para área adscrita da UBS (Brasil,2017,2021; Brasil b,2018; OPAS/OMS,2010)

Estudos sobre SDS em UBS, destacam a dificuldade de manutenção das atividades de SDS, a necessidade de capacitação e educação permanente para os profissionais. Como potência o reconhecimento da importância das atividades de SDS e protagonismo do enfermeiro nos processos de trabalho (Albuquerque, 2013; Andrade, 2019). A relação ensino-serviço produzida com o Programa de Residência, fortalece a continuidade das atividades e disseminação e desenvolvimento de habilidades para os profissionais.

Contudo, nessa dimensão de resultados e discussão, a pesquisa-intervenção identificou quais recursos foram necessários e utilizados para pavimentar a ideia de SDS na UBS em 2022, que perpassou desde a atenção de cada indivíduo trabalhador e quais equipamentos, softwares e fontes de dados necessários, como aponta o manual de implementação de Salas de situação (em elaboração).

O próximo ponto a ser apresentado, adentrou no processo de implementação da SDS, que teve como marco o painel de análise situacional das equipes 3,4 e 5 e os produtos de abordagem PES.

2.

5.2 DIMENSÃO 2: IMPLEMENTAÇÃO DO PAINEL SDS UBS 3 ITAPOÃ: PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ANÁLISE SITUACIONAL

As observações e intervenções para essa dimensão, foram categorizadas em: definição dos indicadores; das ferramentas de tabulação e cálculos e a forma de apresentação do painel.

Uma análise situacional conforme PES, busca identificar as potencialidades e desafios de um território e do sistema de saúde, isso demanda olhar e analisar de forma ampliada sobre as condições de vida da população e de forma direcionada para

população adstrita das equipes e seus processos de trabalho. Abordagem que também abarca a Vigilância em Saúde na APS (Huertas, 1996; Rieg, 2014; Brasil a,2018).

Cabe destacar que, para fortalecer a implementação da SDS na UBS, buscou-se apresentar indicadores e informações específicas das populações adstritas das equipes para a primeira edição do painel de SDS UBS 3 Itapoã.

Também foi definido, que as informações fossem relacionadas às atividades de maior prioridade durante o ano de 2022 e que tiveram mais movimentado as equipes, como AGR, AGL, Planifica SUS e Qualis APS, estimulados pela Região de Saúde Leste e GSAP 2 Itapoã. O painel foi fixado em dezembro de 2022 (Brasil, 2021; 2016; 2023).

Outro aspecto incluído no painel, foi a disposição de fotos de ações das equipes durante o ano de 2022, com objetivo de criar uma conexão das práticas cotidianas de trabalho com os números representados nos indicadores, com a produção coletiva de saúde, incluindo vigilante e colaboradora de serviços gerais e despertar atenção de todo da unidade para tecer suas reflexões, ou ao menos, fortalecer a importância de cada um durante o ano. Configurando assim, uma tecnologia leve aplicada aos profissionais da UBS (Merhy,Franco, 2014).

Para implementação da SDS, para este trabalho representado pelo painel físico de SDS UBS 3 Itapoã e produtos com abordagem PES, foi estabelecido com a gerência e tutoria da residência, considerando a função estratégica, a parede da Copa dos profissionais (anexo 1) para fixar o painel. Em material de papel em formato de dois banners tamanho 90x100cm cada, custeados pela residente.

Destaca-se também que não foi aproximado com a comunidade as atividades para painel, configurando um desafio de integrar a comunidade nas atividades de SDS com abordagem PES, visto que para Matus, conforme abordado por Huertas (1995), a população é um ator-chave na influência para o planejamento.

A construção do que foi apresentado na dimensão 1, teve implicações da residente, da gestora da unidade e de processos em conjunto, elucidando uma coprodução com profissionais na viabilidade da SDS. Entendeu-se, que novas vias de abrigo de saberes foram construídas, aspecto da transversalidade da pesquisa-ação.

5.2.1 Definição dos Indicadores da primeira edição do Painel SDS UBS 3 Itapoã

Para análise situacional e disparador da SDS, dentre o universo de indicadores orientadores para saúde (OPAS/OMS, 2008) e considerando o intuito de divulgar a SDS da UBS, utilizou-se dois caminhos para definir quais informações integrariam o painel.

O primeiro, foi aproveitar as atividades e entregas que as equipes estavam realizando para Planificação (Diabetes e Hipertensão), que tinha apoio da residente, que também versavam sobre análise de situação com base populacional, em 2022 (Brasil b,2021).

Ainda no primeiro caminho, considerou-se o empenho da GSAP e equipes, em alcançarem 4 mil cadastros por equipe e a qualificação dos mesmos. A expectativa de atuação estratégica atribuída à residente, quanto a Arbovirose que resultou em monitoramento local que foi focado nas notificações, casos em aberto, unidade notificadora e notificações por equipe, também entraram na definição de informações para painel, articulado com as recomendações do NVEPI para atenção o encerramento oportuno dos casos suspeitos.

Para Sífilis Adquirida, as variáveis apresentadas foram unidade notificadora e distribuição por sexo, dados solicitados ao NVEPI, também desencadeadas pelas reuniões colegiadas na Região. Quanto ao acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, a proporção por equipe e apoio à GSAP no monitoramento do cumprimento da meta de acompanhamento.

Os indicadores monitorados pelo AGL para gestantes, que integram as discussões das reuniões regionais da Rede Cegonha. Quanto à produção da sala de vacina e farmácia, foi escolhido como integração de análise e a partir da definição dos servidores dos respectivos serviços: vacinas de rotina, COVID, Influenza e antirrábica. E nº de dispensação de receituários por mês, para psicotrópicos e demais.

O segundo caminho apresentou informações relacionadas à população adscrita das equipes 3,4,5. A partir dos cadastros das equipes e por faixas etárias definidas como estratégicas, sendo: crianças e idosos, femininos 10 a 49 anos para idade reprodutiva e 25 a 64 anos que são a faixa etária alvo para exame citopatológico de prevenção ao câncer do colo do útero. Quanto aos cadastros masculinos, foi

apresentado faixa maior de 40 anos, que se relacionam com campanhas de prevenção ao câncer de proposta e 15 a 39 para refletir sífilis adquirida.

Esses recortes estratégicos para o painel, condizem com a atribuição da APS em olhar as condições de vida e morbimortalidade do território e para cada ciclo de vida (Brasil, 2017). Contribui para olhar estratégico para o perfil da população adscrita, diferente do que ocorria na apresentação história da APS do D.F na década de 90/00 que resultaram em coexistências de modelos de atenção (Göttems, 2009; Fertoni et al, 2015; Monteiro, 2021).

O painel da análise situacional pela SDS, ficou dividido em informações estáticas, caracterização do cadastro adscrito; informações dinâmicas, agravos e doenças crônicas e informações contingentes, como sífilis e arbovirose. A criação de indicadores seguiu o roteiro de formulação discutido no Programa de Residência e literatura sobre indicadores (OPAS/OMS, 2008, s/d; Brasil, 2015; Bahia, 2021).

As ferramentas utilizadas na tabulação, foram planilhas Google Sheets no drive da GSAP, compartilhadas com e-mails das equipes (apêndice B). Algumas equipes fizeram os indicadores, mas todas coproduziram as informações estáticas e dinâmicas, gerando o relatório no E-SUS e preenchendo as planilhas para depois, a residente fazer os indicadores. Nessa planilha, houve maior abrangência de sistematização de dados, o que se tornou potente material para manejo para em outras ocasiões de análise, no contexto de SDS e PES (Huertas, 1996).

Para as informações contingenciais, foi produzido durante o ano de 2022, um monitoramento local para arbovirose (apêndice C), de responsabilidade da residente e que foi adicionado ao painel. Para sífilis, um recorte pontual, sem acompanhamento durante o ano. Os indicadores utilizados são caracterizados como processos e resultados (Bittar,2001; Filho,Vieira,Lima, 2020). Um manual com cálculos foi sistematizado para aproximar e otimizar o tempo dos profissionais (Apêndice B)

Foi possível observar algumas repercussões disparadas pela implementação do Painel SDS UBS 3 Itapoã, que coligaram informação em saúde e tomada de decisão na gestão em saúde.

O monitoramento local para Arbovirose, foi utilizado pela gestão da unidade como colaboração de definição de território, em ação intersetorial que a gestão articulou junto a Administração Regional do Itapoã para enfrentamento ao mosquito *Aedes aegypti*.

Para as informações de Sífilis Adquirida, contribuiu com a tomada de decisão da gestão em confrontar os dados com a dispensação de penicilina benzatina (benzetacil) para identificar subnotificações e implantar a dispensação mediante ficha de notificação.

Sobre a produção da farmácia, foi possível evidenciar uma sistematização do controle local que é realizado pelo profissional, por meio de contagem de receituários, divididos por dias e tipo psicotrópico ou comuns, em planilhas online.

As informações da produção da Sala de Vacina, desencadeadas pela Responsável Técnica, refletiram como ocorre o controle de vacinas realizadas e abriu uma via de troca de informações com o controle da farmácia para constituir um sistema de controle próprio da sala de vacina.

Com tudo, foi possível verificar que, a definição, construção e apresentação do painel, enquanto análise situacional e dos indicadores no painel da SDS da UBS Itapoã, corroboraram com a abordagem da pesquisa-intervenção, as implicações da gestão da unidade e da residente. Ao abrir espaço para coprodução, se alinhou a transversalidade de conhecimentos, e tentativa de envolvimento dos atores, como PES delinea na análise situacional e momento estratégico (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018; Huertas, 1996).

A implementação em dezembro de 2022, configurou um sentido de síntese do ano de 2022, com resgate dos produtos das equipes e indicadores de desempenho que, para o fortalecimento de consolidação da SDS, implicou em fixar a ideia da SDS nos profissionais, partindo das informações já trabalhadas por eles.

Algumas dificuldades corroboram com os estudos de Andrade (2019) e Albuquerque (2013), sobre as atividades de uma SDS, como integrar e garantir tempo protegido para essas produções, os afastamentos legais, inclusive da equipe gestora.

A implementação da SDS por meio do painel aglutinou e promoveu movimentos que a Vigilância em Saúde anseia de seus profissionais de saúde na produção de atenção em saúde baseada em informações (Paim, s/d; BRASIL a,2017; Brasil, 2018). Cabe ressaltar, a descrição dos desafios em desenvolver a SDS na UBS, que abrangeu a necessidade de qualificação dos profissionais e disponibilidade de recursos de papelaria e impressão. Abre-se então, a reflexão da necessidade de mais investimentos nas tecnologias leves (Merhy, Franco, 2014) também nos processos de produção de informação, como a SDS nas UBSs (Andrade, 2019).

5.3 DIMENSÃO 3: PRODUTOS SDS COM ABORDAGEM PES NA UBS 3 ITAPOÃ, DF

Esta dimensão aborda como demais momentos do PES foram aplicados na UBS 3 Itapoã. Entre dezembro de 2022 a março de 2022, a gestão abordou com as equipes, avaliações das ações, e a partir da atribuição de avaliação de desempenho dos profissionais (Brasil d, 2021), iniciou-se qual delineamento estratégico o próximo ano poderia ter, conforme definição da GSAP.

Em dezembro de 2022, a gestora da UBS iniciou reuniões de avaliação de desempenho das equipes e pactuações para o ano seguinte. Trazendo instrumentalização a esse processo, trouxe o plano de ação, baseado no 5W2H (Cruz, et al, 2017), para as equipes definirem as ações norteadoras para o próximo ano.

Considerando as atribuições da APS e os projetos e programas de monitoramento e avaliação pela SES D.F, Região de Saúde Leste e GSAP, foi construído um instrumento que norteasse as propostas das equipes conforme algumas RAS e espaço para produções próprias (Apêndice D). Foi possível observar que a adaptação reduziu algumas variáveis constantes na 5W2H, para objetivar e facilitar adesão dos profissionais com a ferramenta.

A partir do final de janeiro de 2023, foi proposto o desenvolvimento do PES a partir da definição de missão, visão e valores para GSAP, aproveitando o período de baixa demanda na UBS, devido às férias e festas de fim de ano. Avançou-se nessa etapa e foi construída uma reflexão de orientar as ações, em 2023, para o retorno e reativação das atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, que foram prejudicadas com a Pandemia da COVID-19.

A partir de fevereiro de 2023, foi iniciado o PES da GSAP que, utilizou-se dos Planos de Ação das Equipes para construir o Plano da GSAP 2 Itapoã (Apêndice D). Esse aspecto abriu uma rota participativa e colaborativa para o planejamento (HUERTAS, 1996), das equipes para gestão. Também corrobora com pesquisa-intervenção por implicar a instituição de instrumentos de gestão e planejamento, transversalidade em possibilitar a produção da equipe (Rocha, Aguiar, 2003; Chassot, Silva, 2018).

Pode-se dizer que contribuiu também para iniciar a pavimentar um espaço de transformação institucional para planejamento estratégico, caracterizado pelo momento explicativo com a definição da Análise de SWOT (Cruz, et al, 2017), ferramenta utilizada também na SDS da Região de Saúde Leste (Huertas,1996; não publicado a, 2022).

Este momento explicativo conjugou em organizar os desafios e potencialidades da GSAP, quanto aos processos de trabalho e análise da realidade trabalhada, o painel da SDS UBS 3 Itapoã. Essas dimensões foram costuradas com o mesmo norte de responsabilidade da APS com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil a, 2017; Brasil, s.d).

Para o Momento Normativo, não foram aplicados os instrumentos previstos nos documentos orientadores da SDS da Região de Saúde Leste (não publicado b, 2022; não publicado b, 2022), como também não houve a produção de um produto para esse momento. O norteamento utilizado foram as atividades já estabelecidas pelos projetos e programas em andamento na Região e GSAP, recortadas, prioritariamente para RAS materno-infantil, DCNT, AGL, AGR, Previne Brasil e doenças de notificação compulsória (Sífilis, Arbovirose) com enfoque no fortalecimento da promoção, prevenção e educação em saúde.

No Momento Estratégico, além dos programas em andamento, o processo de implantação da SDS conformou o momento estratégico e evidenciou, que apesar ser um momento por Matus (Huertas, 1996), foi experienciado como um processo contínuo e transversal as todas atividades e dimensões desenvolvidas na SDS com abordagem PES. A ferramenta 5W2H contribuiu para sistematizar corresponsabilidades e divisão de tarefas, possibilitando a análise dos atores-chaves.

Neste momento foi trabalhado em um contexto de transição, da saída da residente deste trabalho conjunto com a entrada da residente da nova turma, que segue a proposta do programa de desenvolver SDS na UBS. Por meio da 5W2H, a adaptação construída elencou: os planos de ação das equipes, a identificação dos temas das ações, para subsidiar o relatório de gestão, o recorte das RAS (Apêndice E)

Já o Momento tático-operacional, não pode ser alcançado pela residente desta pesquisa-intervenção, devido ao fechamento do período previsto de atuação e a necessidade de acompanhamento das ações no decorrer do ano. Entretanto, foi

observado que a potencialidade de discutir indicadores nas reuniões de equipe corroboram o acompanhamento das ações (Huertas, 1996; Rieg,2014).

Portanto, a implementação da SDS UBS 3 Itapoã por meio do painel e produtos de abordagem PES, evidenciou, para o período trabalhado, a integração de projetos e programas para APS, organização e priorização das atividades para a equipe gestora e desafios em colocar em práticas ferramentas utilizadas na SDS da Região Leste e das orientações do Programa de Residência. O fator tempo trouxe uma reflexão sobre o tempo do planejamento em âmbito de equipe, de GSAP e Região de Saúde Leste.

A não utilização de algumas ferramentas não pode ser levada como dispensáveis ao processo PES e SDS, e sim, a abertura de construção de novos arranjos de aplicabilidade que contribuiriam para implantação e implementação de SDS com abordagem PES em uma UBS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de implantação, destaca-se como o engajamento da equipe gestora foi fundamental para o andamento das atividades da SDS com abordagem PES. Conformou-se uma estrutura de recursos que perpassou recursos físicos, relacionais e de softwares. Recomenda-se que a Região de Saúde Leste e SES D.F possam apoiar os gestores na viabilidade de espaços protegidos para Vigilância em Saúde como um ato de fazer saúde e utilizando-se das atividades da SDS, tornar esses espaços estratégicos e estruturados. O apoio da residente mostrou-se de contribuição técnica-científica nessa abordagem estratégica. Foi observado o desafio de integrar a população nos processos de produção do painel e produtos de abordagem PES e engajar maior número de profissionais para continuidade das atividades SDS com abordagem PES, para além da equipe gestora.

Na implementação do Painel SDS UBS 3 Itapoã, as atividades SDS com abordagem PES atuaram concomitantemente dentro do cotidiano do serviço, conferindo um dinamismo da realidade, previsto pelo PES. E tornou-se um diferencial, a consideração da imprevisibilidade da realidade para o planejamento estratégico, deixando como pertencente a predisposição de rearranjos de rotas, metas e ações.

A ferramenta 5W2H, teve aplicabilidade em mais de uma etapa do planejamento PES, com adaptações, contribuiu para plano de ação das equipes no momento normativo, no momento tático-operacional para monitoramento das ações e potencial para aplicação de organizar ações para avaliação.

Os produtos desenvolvidos não foram aplicados conforme é trabalhado em nível regional, o que torna necessário mais produções acadêmicas que alarguem as discussões de quais etapas e ferramentas melhores atendem a dinâmica de uma UBS.

Alguns estudos, trazem o desafio de manutenção das atividades de SDS, para este trabalho, ficou demarcado que a potência ensino-serviço, GSAP e residente multiprofissional sanitária, trouxe um ponto potente de sustentabilidade para SDS em UBS. Por ser uma força de trabalho e por desenvolver e compartilhar habilidades, competências com profissionais de saúde.

Destaca-se que a definição das informações para painel permeou as ações já desenvolvidas e que se faz necessário que a SDS com abordagem PES, possa empoderar os profissionais de saúde em delinearem suas rotas de planejamento,

mesmo assim, foi percebido que um passo mais objetivo para maior apreensão de todos fez-se prioritário com o painel SDS UBS 3 Itapoã.

A micropolítica nas práticas em saúde mostrou-se um campo potente a ser explorado e integrado nas SDS em UBSs. Um desafio é como a Região de Saúde poderá apoiar as UBSs com recursos limitados.

Este trabalho trouxe uma possibilidade de fortalecimento estruturado para Vigilância em Saúde e Redes de Atenção na APS. Destaca-se que a SDS com abordagem PES, foi aplicada com característica flexíveis ao contexto de atuação, a gerência e residente responsável pela intervenção coproduzida, o que viabiliza conexão com diferentes saberes e habilidades, somado às características do território. Cabe ressaltar que as atividades para SDS foram trabalhosas e disparadoras de conflitos, pois as práticas de trabalho são expostas e colocadas ao grupo para construção de novas vias de trabalho.

Contudo, este trabalho demonstrou a necessidade de investimento nessas iniciativas, seja na promoção do desenvolvimento de SDS nas UBSs, como também no investimento político, financeiro e capacitação com os profissionais de saúde.

2. REFERÊNCIAS

ANDRADE, W. **Sala de Situação de Saúde em Unidade em Unidade de Atenção Primária: Ferramenta para planejamento e monitoramento na secretaria regional II – Fortaleza Ceará.** 2019.104f. Disponível em:< > Acesso em 30 de junho de 2023.

ANGROSINO, M. V. **Etnografia e observação participante.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

BAHIA, Leandro **Oliveira Guia referencial para construção e análise de indicadores.** -- Brasília: Enap, 2021. 43 p. Disponível em:< <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/6154>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa Edições 70 ed. ISBN: 972-44-0898-1. Lisboa. 1977 Disponível em:< https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN__L._1977._Analise_de_conteudo._Lisboa__edicoes__70__225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf>. Acesso em: 4 de julho de 2023

BETTINE, Marco. **A Teoria do Agir Comunicativo de Jürgen Habermas: bases conceituais.** Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades, 2021. DOI: Disponível em: www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/book/587. Acesso em 16 julho. 2023.

BEZERRA, et al. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel? **Rev.. Tempus-Actas de Saúde Coletiva.** P. 57-62. Disponível em:< <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1393/1165>>. Acesso em 4 de julho de 2023.

BITTAR, OLÍMPIO J. NOGUEIRA V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS _ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001, P. 21-28.** Disponível:< <https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadel.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

BOMFIM, M.B, RIBEIRO, T.S, BARBOSA, C.C.H. **Efetividade da estratégia saúde da família no Distrito Federal.** São Paulo: RevRemecs. 2020; 5(9): 68-78. Disponível em:< <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/60/60>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

BRASIL, **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-1 2 de setembro de 1978. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf> Acesso em 15 de julho de 2023.

BRASIL, **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em 16 de julho de 2023.

BRASIL, Casa civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 18 de junho de 2023.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro DE 2012**. Disponível em:< <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 12 de julho de 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**: Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em< <https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 138 p.: il. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2023.

BRASIL b, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016**. Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Disponível em:< https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html>. acesso em 16 de julho de 2023.

BRASIL a, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017**. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial da União. Nº 33. p. 04-07. Disponível em:< http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

BRASIL b, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017**. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União. Nº 33. p. 07-08.

Disponível em:<
http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em:< >. Acesso em 29 de junho de 2023.

BRASIL a, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 588**, de 12 de julho de 2018. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Brasília. 2018. Disponível em:<
<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em 16 de junho de 2023.

BRASIL b, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS/DF/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde /Coordenação de Atenção Primária à Saúde/DF**, 2018. 44 p. Disponível em:<
<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/62415/Guia+de+Territorializa%C3%A7%C3%A3o+e+Diagn%C3%B3stico+de+%C3%81rea+da+APS+no+DF+%282019%29.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

BRASIL c, Presidência da República **lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais. Disponível em:<
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde. Redes** prioritárias. [s.d]. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/smp/smprasredeprioritaria>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

BRASIL a, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em:<
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/arquivos/portaria-no-2-979-de-12-de-novembro-de-2019.pdf>>. Acesso em 15 de julho de 2023.

BRASIL b, Ministério da Saúde. **Portaria no 2.983, de 11 de novembro DE 2019** - DOU - Imprensa Nacional. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

BRASIL, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano **Distrital de de saúde** Brasília.2020. Disponível em:<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1120488/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf> Acesso em 30 de junho de 2023.

BRASIL, Governo do Distrito Federal. **Índice de Vulnerabilidade Social** – IVS. 2020. Disponível em:< <http://www.observatorioterritorial.seduh.df.gov.br/indice-de-vulnerabilidade-social/>>.. Acesso em: 20 de junho de 2023.

BRASIL a, Ministério da Saúde. **PLANIFICASUS: Guia da Etapa 1** - Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. / Hospital Israelita Albert Einstein: São Paulo. 2021. Disponível em:< <https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=295479f1c43a24ae8f0e2115aaeb361b436189c2&t=1642183404&type=biblioteca>>. Acesso em:< 26 de junho de 2023.

BRASIL b, Ministério da Saúde. **PLANIFICASUS: Guia da Etapa 2-** Território e Gestão de base populacional. Hospital Israelita Albert Einstein: São Paulo. 2021. Disponível em:<<https://planificasus.com.br/arquivo-download.php?hash=295479f1c43a24ae8f0e2115aaeb361b436189c2&t=1642183404&type=biblioteca>>. Acesso em:< 26 de junho de 2023.

BRASIL c. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal: manual GSAP** [recurso eletrônico]/ Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília: Fiocruz, 2021.Disponível em:< https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/63767/MANUAL_DE_GERENCIAMENTO_LOCAL_DA_APS_DF.pdf>.

BRASIL a. Secretaria de Saúde do distrito Federal. **Caderno de Orientações AGR Regiões e URDs. 2022/2023**. V. 4. 2022. Acesso em 02 de julho de 2023.

BRASIL b, Governo do Distrito Federal. Agência Brasília. **Itapoã terá maior crescimento populacional no DF até 2030**. [online]. Maio de 2022. Brasília. Disponível em:<<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2022/05/22/itapoa-tera-maior-crescimento-populacional-no-df-ate-2030/>>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

BRASIL c, Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa Distrital por Amostra de domicílios 2021**.Itapoã. Brasília. 2022. Disponível em:< <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Itapoa.pdf>>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

BRASIL a. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria Nº 108 de 21 de março de 2023**. Nº 55. p.14. Diário Oficial do Distrito Federal. Disponível em: <

<https://agenciabrasilia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2023/03/Portaria-1.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2023.

BRASIL b, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria Nº 131 de 14 de abril de 2023**. Dispõe sobre o Programada de Qualificação da Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/e123814ca00749938b09efa5338a8037/ses_prt_131_2023.html#art19>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

BRASIL c, Secretaria de Saúde. **Vigilância à Saúde. Brasília**. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/vigilancia-a-saude>>. Acesso em 30 de junho de 2023.

BRASIL, **INFOSAÚDE. Sala de Situação**. Brasília. s/d. Disponível em: <<https://info.saude.df.gov.br/projecao-da-populacao-do-df-salasis/>> Acesso em 2 de julho de 2023.

CARVALHO, D. W.; FREIRE, M. T. M.; VILAR, G. **Comunicação e saúde: humanização, significado e ação comunicativa**. *Organicom*, [S. l.], v. 9, n. 16-17, p. 92-108, 2012. DOI: 10.11606/issn.2238-2593.organicom.2012.139131. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139131>. Acesso em: 16 jul. 2023.

CASSIOLATO, Maria Martha M.C. **Modelo lógico e a teoria do programa: uma proposta para organizar avaliação** 2010. Ano 7. Edição 63. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8557/1/Modelo%20l%C3%B3gico%20e%20a%20teoria%20do%20programa_38.pdf> Acesso em: 16 de julho de 2023.

CHASSOT, Carolina Seibel e SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação**. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2018, v. 30, e181737. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181737>>. Epub 14 Nov 2018. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181737>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

COELHO, Giovanna. **Modelo Lógico da vigilância e prevenção em violência doméstica contra as mulheres**. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/reporting/1e188ea9-2b83-4e3c-b605-d385886c0364/page/p_q5uujuvpxtc?s=jjyD2gVeoo>. Acesso em 03 de julho de 2023.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro et al. **Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 24, n. 6 pp. 2031-2041. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/csc/a/TdcFYRMKPNHpcbtHWBVNmRg/?lang=pt#ModalArticles> >. Acesso em: 10 de junho de 2023.

CUNHA, Eduarda Grillo; JACINTO, Mirella. **Manual de Implementação de Salas de Situação de Saúde**. Brasília.2023 (em elaboração).

CRUZ, Diogenes Marco de Brito, et al. **Aplicação do Planejamento Estratégico a partir da análise de SWOT: um estudo numa empresa de tecnologia da informação**. Anais do IX Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe (2017) 140 ISSN 2447-0635. Disponível em:< <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/7595/2/AplicacaoAnaliseSWOT.pdf>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

Fertonani, Hosanna Patrig et al. **Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 20, n. pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1869-1878/>>. Acesso em 30 junho 2023.

FILHO, Airton S.F, LIMA, Alessandra, VIEIRA, Luciana. **Indicadores Estratégicos de gestão em Saúde Pública**. Secretaria de Saúde do Estado do Goiás. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde. Goiás. 11 p. 2020. Disponível em:< <https://www.saude.go.gov.br/files//conecta-sus/produtos-tecnicos/2020/Gest%C3%A3o%20-%20Indicadores%20estrat%C3%A9gicos%20em%20sa%C3%BAde%202.pdf>>. Acesso em: 1 de julho de 2023

Fontana, K. C., Lacerda, J. T. e Machado, P. M. O. **O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão**. Saúde em Debate [online]. 2016, v. 40, n. 110 [Acessado 16 Julho 2023], pp. 64-80. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n110/64-80/pt/#>>. Acesso em:<30 de junho de 2023.

Franco, Guilherme et al. **Vigilância em Saúde brasileira: reflexões e contribuição ao debate da 1a Conferência Nacional de Vigilância em Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 10, pp. 3137-3148. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n10/3137-3148/#> >. Acesso em 15 de julho de 2023.

GIATTI, Leandro L. et al. **Pesquisa participativa reconectando diversidade: democracia de saberes para a sustentabilidade**. Estudos Avançados [online]. 2021, v. 35, n. 103, pp. 237-254. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35103.013>>. Epub 01 Nov 2021. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2021.35103.013>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

Giovanella, Ligia. **Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1990, v. 6, n. 2, pp. 129-153. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/y9Jxy9qpphd6YGnMyJRYTyq/?lang=pt#ModalArticles>>. Acesso em: 20 de junho de 2023.

GÖTTEMS, L.B.D. et al. **Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007):** análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 25, n. 6. pp. 1409-1419. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/C85pQdC5s4JzZynWpz3yRpg/?lang=pt#>>. Acesso em: 10 de junho de 2023.

HUERTAS, Franco. **O método PES Entrevista com Matus** São Paulo: FUNDAP, 1996.

LANDO, Felipe. **Pesquisa exploratória, descritiva ou explicativa.** *Academica.com*. 2020. Disponível em: <<https://www.academica.com.br/post/pesquisa-exploratoria-descritiva-explicativa>>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

Lima, et al. **Avaliação do processo de trabalho entre equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais, Brasil, BRASIL.** *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2019, v. 17, n. 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/kzKV47zrcr55YkBBDVTCgfQ/?lang=pt#>> Acesso em 30 de junho de 2023.

Lorena, Allan Gomes de et al. **Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?.** *Saúde e Sociedade* [online]. 2016, v. 25, n, pp. 369-380. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>>. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016158123>. Acesso em: 04 de julho de 2023.

MACHADO, Denise Selbach. **Filosofia institucional: Missão-Visão-Valores dos sistemas de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, 2009. p.119. Disponível em:<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18488/000730113.pdf> Acesso em 27 de agosto de 2023.

MELO, Armando Sérgio Emerenciano de, MAIA, Osterne Nonato e CHAVES, Hamilton Viana. **Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade.** *Fractal : Revista de Psicologia* [online]. 2016, v. 28, n. 1, pp. 153-159. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1984-0292/1162>>. ISSN 1984-0292. <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1162>. Acesso em: 1 de julho de 2023.

Mendes, Eugênio Vilaça **As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p.: il. Disponível em:< https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em 11 de junho de 2023.

MERHY, Emerson Elias, FRANCO, Túlio Batista. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional** in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em:< https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em:< 26 de junho de 2023

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 41-66.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em:< http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

MONKEN, Maurício; BATISTELLA, Carlos. **Vigilância em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em:< <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html#:~:text=A%20express%C3%A3o%20'vigil%C3%A2ncia%20em%20sa%C3%BAde,%2Dse%2C%20acautelar%2Dse.>>. Acesso em 20 de junho de 2023.

MONTEIRO, Winnie Lorena Novais. **Programa Converte e os novos caminhos da atenção primária à saúde no Distrito Federal. 2021**. 101 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) —Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2021. Disponível em:< <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51361>>. Acesso em: 10 de junho de 2023.

OLIVEIRA, Cátia Martins de e CRUZ, Marly Marques. **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios**. Saúde em Debate [online]. 2015, v. 39, n. 104 [Acessado 16 Julho 2023], pp. 255-267. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nYmJZ63cRJWnts4SDG7wN5C/#>>. Acesso em 16 de junho de 2023.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde, **REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**, 2. ed. – Brasília: 2008. 349 p. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em 16 de julho de 2023.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil**. José Moya, et al (orgs). – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010. Acesso em:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/803753/573178-sala-de-situacao_comp-as-expe-do-brasil_2010.pdf>. Disponível em: 27 de junho de 2023.

OPAS/OMS. Indicadores de Saúde. **Elementos conceituais e Práticos**. s/d. Disponível em:<https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45251-indicadores-saude-elementos-conceituais-e-praticos-251&Itemid=270&lang=en#:~:text=Os%20indicadores%20de%20sa%C3%BAde%20procuram,%2C%20ambiental%2C%20mental%20e%20social>. Acesso em 1 de julho de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 1. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573. Disponível em:<https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/modelos_de_atencao_a_saude_no_brasil_-_paim_0.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PAIM, Jairnilson Silva, PINTO, Isabela. **Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo**. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. p. 13-35. 2013 Disponível em:<<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1390/1162>>. Acesso em 04 de julho de 2023.

PIOVESAN, Armando, TEMPORINI, Edméia Rita. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da Saúde Pública**. Ver. Saúde Pública, 29(4), 1995. p. 318-325. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

RIEG, Denise Luciana et al. **Aplicação de procedimentos do planejamento estratégico situacional (PES) para estruturação de problemas no âmbito empresarial: estudos de casos múltiplos**. Gestão & Produção [online]. 2014, v. 21, n. 2, pp. 417-431. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/gp/a/zFNsMk5Y4wTbzkvqcF7myPg/?lang=pt#ModalArticles>>. Epub 10 Jul 2014. ISSN 1806-9649. <https://doi.org/10.1590/0104-530X203>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

ROCHA, Marisa Lopes da e AGUIAR, Katia Faria de. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2003, v. 23, n. 4, pp. 64-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>>. Epub 28 Ago 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>. Acesso em: 30 de junho de 2023.

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, n. 3, p. 387–406, nov. 2010. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKphp/>>. Acesso em 10 de junho de 2023.

SALDANHA, Giovanna; NETO, Tiffany. **Sala de Situação Leste. Planejamento Estratégico 2022**. Brasília, 2022 (não publicado b)

SALDUÍNO, Artur. **Sala de Situação Leste. Superintendência da Região de Saúde Leste. Manual Sala de Situação Região de Saúde Leste**. 1ª ed. 2022. Brasília. (não publicado a)

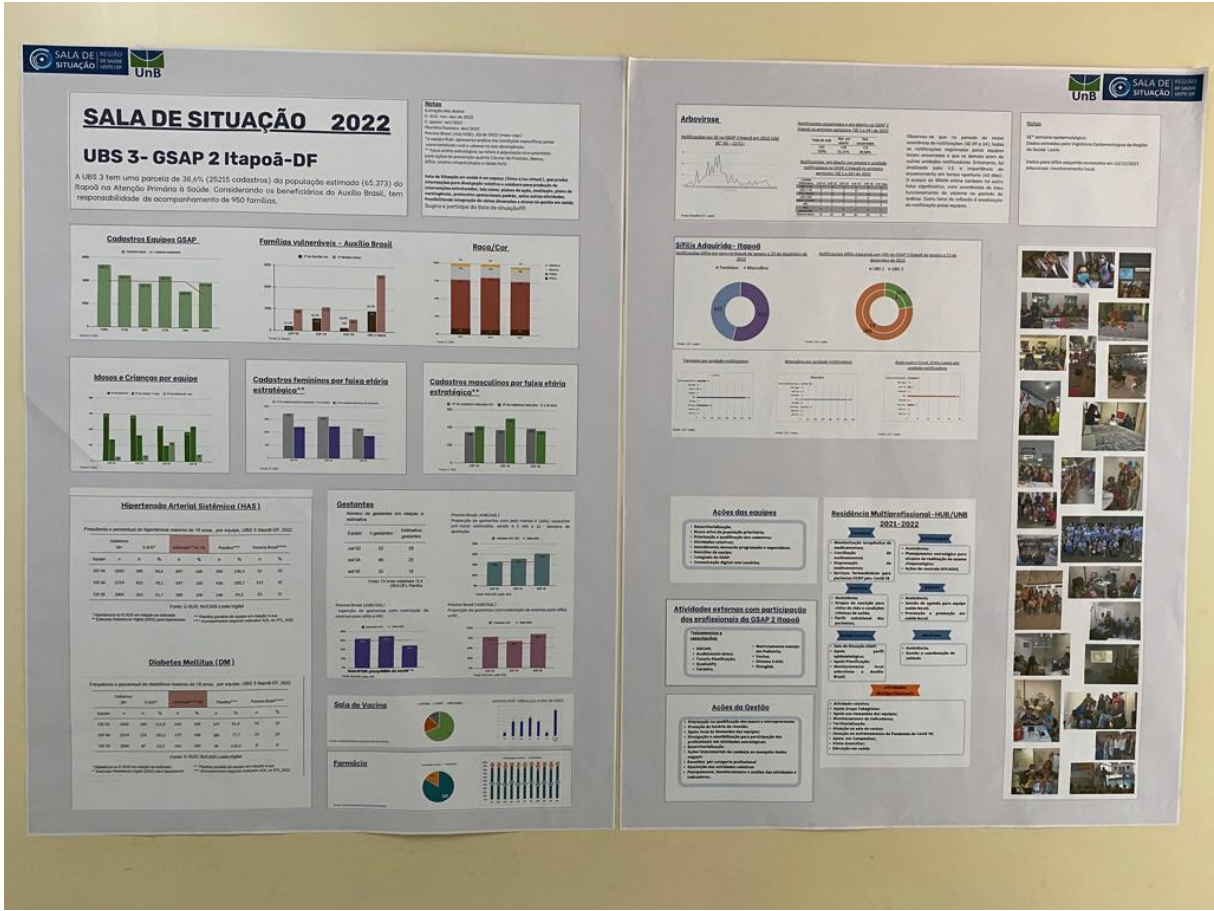
SILVA, M.M. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil**. *Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias/Vol. 06-Nº 2/Jul-Dez 2019*. Disponível em:<https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf>. Acesso em: 18 de junho de 2023.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. **Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer**. *Pesquisa e Debate em Educação*, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.-dez.2020.ISSN 2237-9444. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>. Disponível em:<<https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559/22049>>. Acesso em: 4 de julho de 2023.

8.

3. ANEXO A





4. APÊNDICE A

Eu escolho como fazer (Rei mandou adaptado)

Objetivo: partes formam o todo. A música às vezes não escolhemos, mas como dançar, sim.

Desenvolvimento:

Separa-se os versos de uma música com coreografia conhecida em formato de comandos e tarjetas. Distribua. Peça para cada um expressar o comando.

Depois coloque a música e peça para todos fazerem juntos o comando. Verão que fará mais sentido.

Reflexão:

Refletir, que o processo de trabalho na APS sofre implicações de projetos e programas maiores, mas que cada profissional pode e consegue contribuir com seu saber e habilidade para um objetivo comum.

Música utilizada: Meu pintinho amarelinho (GUGU)

Dinâmica 2

Quem é a equipe X?

Desenvolvimento:

Distribua um pedaço de papel para cada um, peça para escreverem: onde queria estar agora? Uma característica sua e o que é importante para o trabalho em equipe. Não podem mostrar uns para os outros.

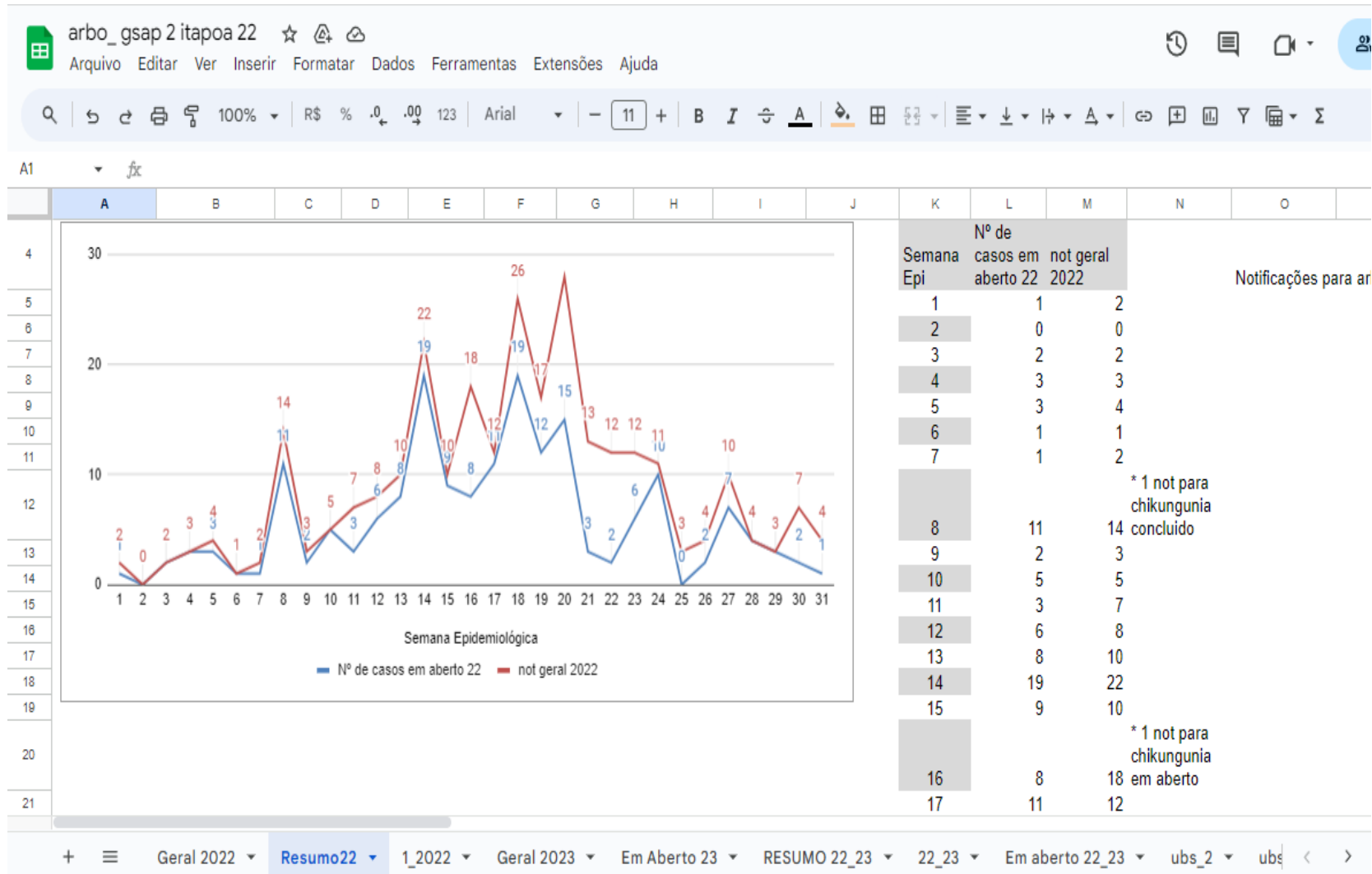
Recolha os papéis, redistribua e peça para cada um ler em voz alta e os demais adivinhem quem é. Outra opção é recolher os papéis e o facilitador ler as características.

Cole em painel os papéis.

Reflexão:

Reconhecer como cada um contribui e constrói a personalidade da equipe

6. APÊNDICE C



7. APÊNDICE D

P/ 13/01/23

Plano de ação das equipes para 2023

Plano de ação das equipes para 2023		Equipe:	Data	
O que	Como	Recursos Utilizados	Onde/Quando	Responsável
Criança	Grupo de atendimento	Tenda Consultório	UBS	EA. I
Mulher	— preventivo — testes rápidos — mamografia — visitas domicil.	Solicitações de exames Insumos.	UBS	
Idoso	— visitas domicil.	VD. POD em. Insumos	Relatórios. território	EA. I
Hipertenso e diabético	Grupo todas as Quartas pela manhã	Infermes Keditas medicações	UBS Tenda e Consultório	EA. I
Gestante	Grupo em atnd. em consultório	Valentins,	UBS	EA. I
Atividade de Agenda	Ajustados em reuniões de equipe gestantes, médicos e enf. demais TE	Sistema e-Jus.	UBSU	EA. I

8. APÊNDICE E

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibir Automatizar Ajuda

Comentários Compartilhamento

Colar Área de Transfer... Fonte Alinhamento Número Estilos Células Edição Confidencialidade

B4 : X ✓ fx REALIZAR CURSO/GRUPO DE GESTANTES E CUIDADOS COM RN

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1									
2									
3	Plano de ação GSAP 2 Itapoã 2023								
4	TEMA	COMO / AÇÃO equipes	COMO / AÇÃO gsap	ÁREA DA AÇÃO	META	RECURSOS	RESPONSÁVEL	PRAZO	PERIODICIDADE
5	REALIZAR CURSO/GRUPO DE GESTANTES E CUIDADOS COM RN	Matriciar corpo de enfermagem em aleitamento materno	Gestão	60%	Articulação com matriciadores	Casa de parto e Banco de Leite HRL (Gestão)	Até 25/05/2023		
6		Apoiar e fortalecer o início das atividades coletivas com ênfase ao aleitamento materno	Promoção e educação em saúde	100%	proteção de agenda, espaço físico, divulgação de conhecimento	Equipe de Gestão	A partir de 29/05/2023		
7		IMPLEMENTAR O PRÉ-NATAL DO HOMEM	Sensibilizar a equipe para a provocação do homem no pré-natal	Assistência em saúde	100%	Reuniões de equipe	Coordenadores de equipe	10/04 À 13/04	contínuo
8		CAPTAÇÃO PRECOCE DAS GESTANTES	Promover a realização de teste de gravidez ao primeiro contato da mulher suspeita de gravidez com o serviço (sensibilizar equipes e garantir insumos)	Assistência em saúde	80%	Testes, Reunião de equipe, AGL	Residente de Enfermagem, Equipe da Gestão	17/04 à 20/04	contínuo
9		Fortalecer o uso da caderneta da gestante	Matriciar quanto a utilização da caderneta da gestante	Assistência em saúde	80%	Reunião de equipe	Residente de Enfermagem		
10		Abertura do pré-natal imediatamente após teste positivo	Monitorar a abertura de pré natal	Assistência em saúde	80%	Relatórios de atendimento e cadastro	Residente de Enfermagem e Saúde Coletiva (apoio)		

Equipes Gestão Pagina 1 equipe e gsap gsap ESTAGIÁRIOS SC RESIDENTE S ... +