



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Prefeitura do Município de Campina da Lagoa – Pr;
Fundo Municipal de Saúde de Campina da Lagoa – Pr;
Secretaria Municipal da Saúde;
CNPJ: 10.811.584/0001-39.

Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Primária de Campina da Lagoa – Pr - 2023.

**Campina da Lagoa - Pr
2023.**



AUTORIDADES MUNICIPAIS;

Milton Luiz Alves;

Prefeito Municipal;

Celso Aparcido Passafaro;

Vice-prefeito;

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;

Raíssa Henrique dos Passos;

Secretária Municipal de Saúde;

Michele Cristina Seco;

Coordenadora da APS;

Marcelo Eduardo Quinquilo dos Reis;

Autoridade Sanitária;

EQUIPE DE ELABORAÇÃO;

- Cidelma de Fátima Custodio;
- Marcelo Eduardo Quinquilo dos Reis;
- Michele Cristina Seco;
- Milene Diana Benaglia Melo do Amaral;
- Ozeas Alves Pereira;
- Paula Graciele Bueno;
- Raíssa Henrique dos Passos;
- Raiza Ruiz da Silva.



SUMÁRIO.

1. Agradecimento.....	04
2. Apresentação.....	05
2.1. Secretaria Municipal da Saúde de Campina da Lagoa - Pr.....	08
3. Objetivo.....	10
4. Metodologia.....	10
5. Justificativa.....	11
6. Análise/discussão dos resultados e desenvolvimento.....	14
7. Conclusão e considerações finais	47
8. Referências.....	52
9. Anexos.....	54
10. Plano de Territorilização.....	55
11. Pesquisa de Satisfação Jan. a jun./23.....	72



1. Agradecimentos;

Primeiramente, gostaríamos de agradecer ao nosso Bom Deus, por ter nos dado força, discernimento, serenidade e sabedoria para conduzir os trabalhos, dia após diuturnamente até aqui. E em nenhum momento, ter nos permitido desistir ou nos sentirmos desmotivados de nossos ideais, embora os desafios são grandes. Porém mantivemos nossos ideais em sempre servir nosso povo com seriedade e dentro dos princípios do SUS e da PNAB - 2017.

Nosso agradecimento é, na verdade, um reconhecimento ao excelente trabalho desempenhado por todas as Equipes de Saúde da Família (ESF) de nosso município, sendo a linha de frente, o contato direto com nossos usuários, ou seja, cada profissional, em cada Unidade de Saúde é o “*rosto*” da saúde pública de nosso município.

Por fim, fazemos um agradecimento especial ao nosso Chefe do Poder Executivo o Prefeito Milton Luiz Alves, pela dedicação diária e comprometimento com a saúde de cada usuário; não medindo esforços para ofertar a melhor saúde para os munícipes de Campina da Lagoa, e acima de tudo, assegura o que determina nossa Constituição Federal em seu Art. 196º, “*Saúde como Direito e dever do Estado*”.



Dimensionamento da Força de Trabalho na atenção Primária no Município de Campina da Lagoa – Pr no Ano de 2023.

2. Apresentação;

O município de Campina da Lagoa – Pr, se estende por 796.614 km² e conta com 13.888 habitantes de acordo com o último censo (IBGE 2021). A densidade demográfica é de 19,32 habitantes por km² no território do município (2021).

Nosso município faz divisa com os municípios de Juranda, Mambore, Nova Cantú, Altamira do Paraná, Ubiratã e Guaraniaçu. Estamos situados a 498km de distância da Capital do Estado. Campina está à 570 metros de altitude acima do nível do mar, com as seguintes coordenadas geográficas: Latitude 24° 35' 30" Sul, Longitude: 52° 47' 56" W, (IBGE).

Nosso município conta com 03 distritos administrativos, Bela vista do Piquiri que faz parte do território do ESF da UAPSF Celina Soares com uma população de 3.366 usuários ativos, Herveira e Salles de Oliveira, com uma população de 3.013 usuários ativos, segundo nossos dados do e-SUS, uma vez que no processo de territorialização, foi unificado e tornou-se ponto de apoio as UBS do distritos de Bela vista do Piquiri, e Herveira.

Nossa população é predominantemente residente na zona urbana, com mais de 80% das residências nessa área. A predominância no tocante ao desenvolvimento humano/renda é agrícola, seguido pela pecuária, com um PIB *per capita* de 39.229, em 2020, segundo os dados obtidos no IPARDES.

HISTÓRICO	INFORMAÇÃO
Origem do Município - Desmembramento	Campo Mourão - Pr
Data de instalação do município	04.11.1961
Data de comemoração do município	04 de Novembro



Pertence a Comarca

Campina da Lagoa - Pr

FONTE: TJPR (Comarca)

POSIÇÃO GEOGRÁFICA – 2023.

POSIÇÃO GEOGRÁFICA	INFORMAÇÃO
Altitude (metros)	521
Latitude	24° 35' 21" S
Longitude	52° 49' 34" O

Área	796,614k ²
IDHM 2010	0,704
Faixa do IDHM	Alto (IDHM entre 0,704 e 0,749)
População (Censo 2010)	13.888 habitantes
População Urbana (Censo 2010)	12.557 habitantes
População Rural (Censo 2010)	2.837 habitantes
Densidade Demográfica	19.32 hab/km ²
Microrregião	Goioerê
Mesorregião	Centro Ocidental Paranaense

FONTE: IBGE/IPARDES

Figura 1 – Município de Campina da Lagoa – Pr, localização Estadual.

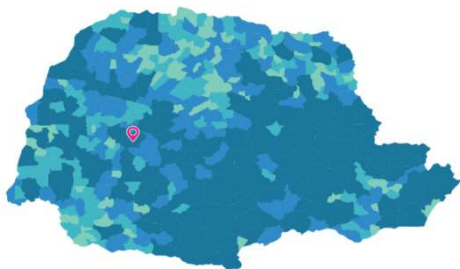


Figura 2 - Brasão Oficial – P.M. Campina da Lagoa.

Fonte: IBGE/IPARDES - 2023.

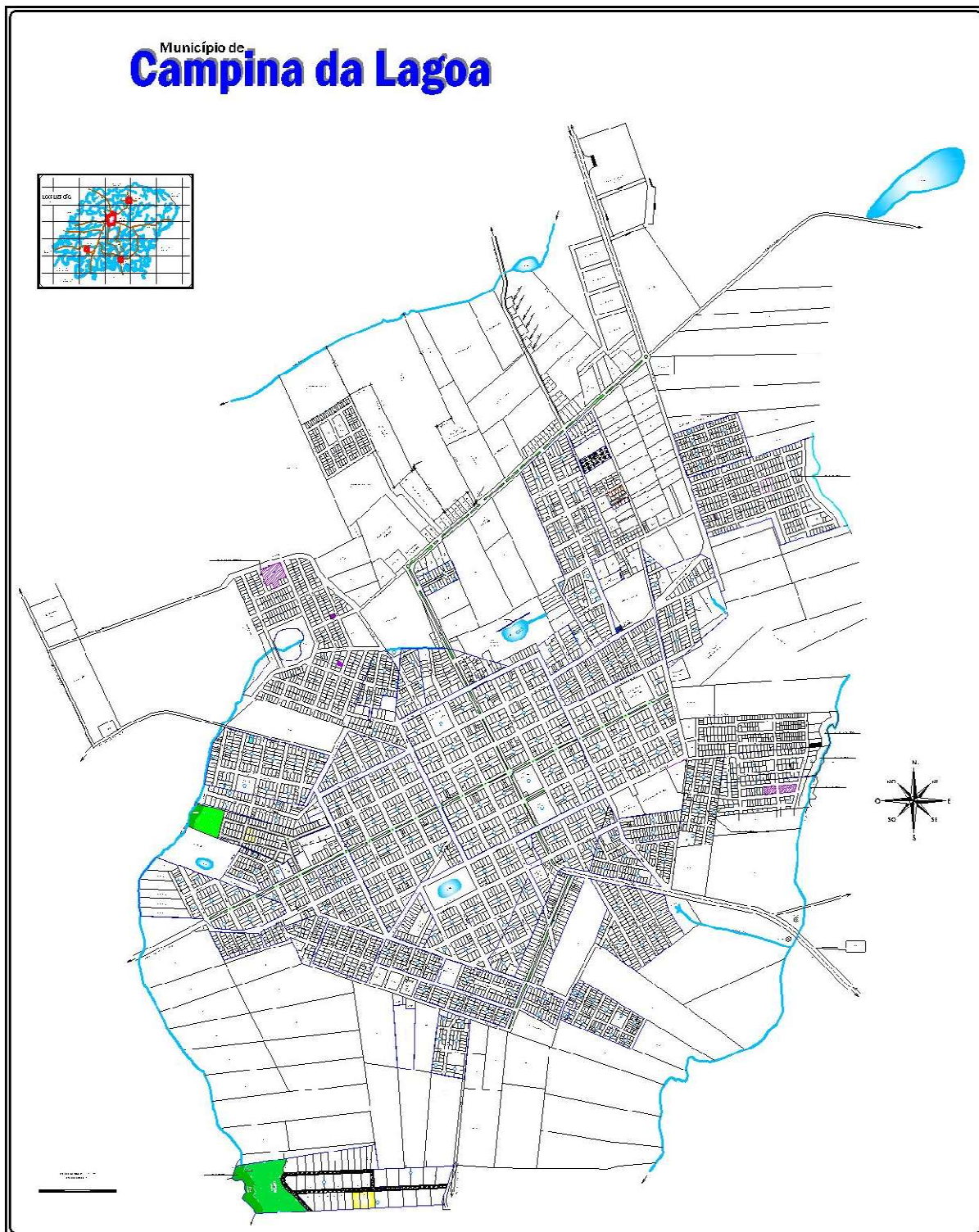


SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Figura 03 – Mapa do Município de Campina da Lagoa – Pr - 2023.



Fonte: Prefeitura Municipal de Campina da Lagoa – Pr - 2023.



2.1. Secretaria Municipal da Saúde de Campina da Lagoa – Pr.

No sistema de Saúde Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde de Campina da Lagoa, utiliza o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 06 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) ativas, distribuídas em 7 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 equipes alocadas no mesmo prédio, ESF 07 e 09, na UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos. Dispomos também da Academia da Saúde Dr. Celso Tramontine, como um polo de academia da saúde, que atua e desenvolve atividades de reabilitação de fisioterapia e ações relacionadas a área.

A Unidade Básica de Saúde de Salles de Oliveira atende o distrito mencionado e a unidade de apoio que se localiza no Distrito de Herveira com um total de 3.013 usuários que compõe o ESF 04. Essa unidade ponto de apoio é de importante referência, considerado à grande extensão da área rural do Município de Campina da Lagoa, e o território do ESF 4.

Já o distrito de Bela Vista do Piquiri, que também se trata de uma unidade de ponto de apoio, fazendo parte do ESF 03, sendo sua unidade de referência é a UAPSF Celina Soares, com um total de 3.441 usuários, conforme cadastro ativos no e-SUS.

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde, conta com 129 servidores, utilizamos como fonte de extração de dados o Portal da Transparência do Município, e o registro no ponto biométrico, conforme quadro abaixo:

Quadro - 1. Quantitativo de Servidores Municipais conforme função.

Cargo/Função	Número/Total
Agente Comunitário de Saúde	37
Agente de Endemias	09
Assistente Social	01
Secretária da Saúde	01
Auxiliar Administrativo	06



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Técnico de Enfermagem/Auxiliar	09
Auxiliar de Serviços Gerais	14
Auxiliar de Odontologia	02
Técnico Higiene Bucal	01
Odontólogo	05
Diretor da Secretaria da Saúde	01
Enfermeiros (as)	10
Farmacêuticos (as)	04
Fisioterapeutas	04
Atendente Social	01
Médico Neuro Pediatra	01
Médico Generalista	05
Médico Ginecologista e Obstetra	01
Médico Pediatra	01
Motorista	12
Nutricionista	02
Psicólogo	02
Total de Servidores	129

Fonte: Portal da Transparência/Ponto Biométrico da Secretaria da Saúde.

No tocante a estabelecimentos de saúde, contabilizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município, possui 33 estabelecimentos assistenciais de Saúde ativos, destes 24 são privados, 8 públicos do SUS – Sistema Único de Saúde e 1 misto/duplo (atende mais de 60% SUS), Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças, que também mantemos firmado contrato de prestação de serviços ambulatoriais apoio diagnóstico para atendimento de urgência e emergência 24h, conforme contrato nº 129/2022 (portal da transparência – Jun./23).

Quadro 02 – Estabelecimentos de Saúde - SUS.

Tipo de Estabelecimento	Nome do Estabelecimento	Quantidade
Unidade Básica de Saúde	Centro de Saúde de Campina da Lagoa – Pr	01
	Posto de Saúde Salles de Oliveira	01



	SMS de Campina da Lagoa	01
	UAPSF Celina Soares	01
	UBS Eugênio Barbão	01
	UBS Sônia Matesco	01
	UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos	01
Unidade de Apoio	UBS distrito de Herveira	01
	UBS distrito de Bela Vista	01
Academia da Saúde	Academia da Saúde Dr. Celso Tramontine	01
Secretaria de Saúde	SMS de Campina da Lagoa	01
	Total	11

Fonte: CNES e Site e Oficial do Município.

3. Objetivos gerais;

Tivemos como principal objetivo o estudo dimensionar o quantitativo e distribuição da força de trabalho por categorias profissionais na Atenção Primária a Saúde de Campina da Lagoa – Pr (APS), de acordo com as necessidades da população e dos serviços prestados pelo Município, além de evidenciar as unidades com possíveis déficit profissional e elencando assim possíveis problemas apresentados com servidores, colaborar diretamente e indiretamente no processo de recomendar contratação ou realocação, de acordo com a necessidade da população e a demanda das UBSs, para garantir atendimentos de qualidade, visando sempre o melhor para os usuários, buscando atender as diretrizes do SUS, conforme demanda a Constituição Federal, estabelecendo “Saúde como Direito” e a Lei de criação do SUS 8.080/1990.

4. Metodologia base utilizada para o estudo;

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e ainda dentro das possibilidades previstas qualitativo, pois segundo *Minayo, 2014*, a pesquisa qualitativa se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado,



ou seja, ela trabalha com o universo de significados, de motivações, aspirações.

Na Atenção Primária em Saúde (A.P.S.) do município, um dos principais parâmetros foram os indicadores e metas elencados pela equipe técnica após reuniões de equipe, considerados pontos como de maior relevância para elaboração e aplicação do estudo. Além do atual Programa do Governo Federal Previne - Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, sendo elencados os principais indicadores pela equipe descrito abaixo:

- População estimada do Município de pelo IBGE 2022 e pelo SISAB;
- Quantitativo de famílias e usuários cadastradas no Sistema E-SUS, prontuário eletrônico utilizado pelo município;
- Capacidade física das UBS já existente;
- Horário de funcionamento das Unidades de Saúde;
- Carga Horária de trabalho;
- Produção e intervenções diretas e indiretas;
- Delimitação dos territórios, considerando a territorialização realizada em 2021;
- Áreas e/ou microáreas de riscos, equiparando com o princípio da equidade, conforme as diretrizes e princípios do SUS;
- Equipamentos sociais, públicos e privados;
- Indicadores do Previne Brasil, a ser avaliado por quadrimestre;

5. Justificativa;

A população estimada do município segundo IBGE (2021), foi de 13.888 habitantes, sendo cancelada pelo SISAB, contudo analisando a população cadastrada no e-SUS, sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com a estratégia de reestruturar as informações da Atenção Primária em nível não



só municipal, mas também nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos sistemas de informação em saúde do Ministério da Saúde, sistema esse utilizado pelo nosso Município para atendimento dos usuários (prontuário eletrônico), notamos ao analisarmos os dados de nossos usuários de maneira global, frequentemente que possuímos 20.330 usuários cadastrados nas ESF's, sabemos que nossos territórios são dinâmicos, fato a ser considerado com relevância, e após todo esse período, desde a implantação do sistema no município (2016), infelizmente, até o ano de 2021, onde realizamos a nova territorialização, passados 5 anos após a implantação e utilização do e-SUS e de maneira ininterrupta, sérios problemas como, famílias para serem cadastradas e/ou atualizadas ou até mesmo unificadas, falha essa que contribui diretamente para os dados apresentados possam ser fidedignos, assim confrontados com os dados oficiais do SISAB, e não apresentem discrepâncias significativas como o caso em tela.

Após um minucioso levantamento de dados junto aos sistemas de informação utilizados pela Secretaria da Saúde, como o prontuário eletrônico e-SUS, utilizado desde o ano de 2016, observamos divergências de informações entre os dados inseridos no e-SUS, e os dados do SISAB e IBGE, e os dados reais encontrados *in loco*. Sendo um exemplo clássicos: fichas de cadastros individuais e territoriais. Observou-se uma falha na coleta de registro de dados cadastrais individuais e territoriais, por grande parte dos ACSs, acarretando a inserção errônea dos dados no sistema, gerando assim um resultado final (estatísticas), discrepante.

Após esse levantamento, e muitas discussões e reuniões técnicas em equipe, iniciamos a elaboração do projeto em tela, *a posteriori* da territorialização (anexo), com o objetivo de avaliar a eficácia da então recente implantada territorialização elaborada e implantada em 2021, sendo visível a



necessidade de capacitar os **profissionais** usuários do sistema, para assim podermos iniciar de maneira imediata e com eficácia um levantamento sociodemográfico e situacional das condições/saúde individual, conforme rege as normas da PNAB - 2017, fazendo de maneira dinâmica e individual com cada equipe de ESF, juntamente com cada ACS em suas respectivas microáreas, considerando que cada ACS conhece a realidade de sua área de abrangência e a realidade socioeconômica, podendo identificar as áreas de maior vulnerabilidade, riscos social familiar, pelo tempo de atuação no território e o vínculo que estabelece com os usuários de sua área de atuação.

Registramos ainda que a Literatura Científica chancela que os agentes comunitários de saúde (ACS) no âmbito SUS estão relacionadas diretamente ao processo de ampliação do acesso e à promoção da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Sendo esses profissionais uns dos pilares importantes da organização da APS. Transitou de um momento de maior seletividade, com ações específicas dirigidas à melhoria dos indicadores de saúde e a grupos em situação de pobreza, para um momento posterior, de estruturação de um novo modelo de atenção que se articula incorporando a concepção de determinação social do processo saúde-doença e se organiza e difunde com base na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Muito importante ressaltarmos, a importância do correto e eficaz cadastro/acompanhamento familiar dos usuários em suas respectivas áreas e microáreas de residência, a dedicação, coerência no trabalho desempenhado pela equipe em sua totalidade, e a importantíssima correta alimentação (produção) no portuário eletrônico utilizado pela Secretaria da Saúde (e-SUS), para atender o novo método de avaliação de indicadores de desempenho, implantado pelo Ministério da Saúde, ou seja, se o profissional, seja ele de qualquer classe profissional, desempenha seu papel com maestria, porém,



alimento o sistema erroneamente, os indicadores municipais, e sua produção individual não será apontada no relatório mensal do e-SUS, e em consequência, não atualizará os dados dos usuários.

A preocupação da Secretaria da Saúde, não se trata apenas em uma mera preocupação de “*bater*” ou atingir metas, mas sim, estruturar um modelo de saúde de qualidade para nossa população, e gerar uma cobertura efetiva da APS, e o aumento considerável na qualidade da assistência da saúde, com um dos focos nos resultados dos indicadores de saúde, para que possa “nortear” no atendimento e nas necessidades de cada usuário individualmente.

Com a territorialização, e o dimensionamento da força de trabalho na APS, possibilita adequar cada equipe de ESF de acordo com sua capacidade e abrangência e sua realidade, e aplicar métodos e meios multiprofissionais, a partir da atuação das equipes que podem e devem trabalhar em forma de “*rede*”.

As Práticas de cuidado para com os usuários precisam ser orientadas por um modelo de atenção centrado na pessoa, com base nos atributos essenciais (atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e derivados da APS (orientação familiar e comunitária e a competência cultural).

6. Análise/discussão dos resultados e desenvolvimento;

O dimensionamento de força de trabalho na APS de Campina da Lagoa - Pr, foi elaborado principalmente para auxiliar e verificar a eficácia da territorialização elaborada e implantada em 2021 e revista em 2022, para melhor visualizar a vulnerabilidade social, familiar, econômica e endêmica de cada área de nosso território de uma maneira “*individual*” de cada ESF, buscando melhorar o atendimento das Equipes de Estratégia Saúde da Família de Campina da Lagoa – Pr, por meio da reestruturação do processo de trabalho dentro das normas da PNAB – 2017, valendo-se das diretrizes, do Ministério da Saúde, que norteiam



todo o trabalho da APS, bem como organiza o processo de territorialização das áreas de cobertura urbanas e rurais, levando em conta que nosso município tem uma grande abrangência geográfica no meio rural, sendo um dos maiores municípios no quesito de territórios geográficos em extensão da região, tendo ao todo 799,092Km² de área territorial.

No ano de 2021, após estudo do território, foi constatado a necessidade de realizar a territorialização, a necessidade de uma mudança imediata e rápida das áreas das Equipes Saúde da Família (ESFs), áreas essas (gerais) e microáreas estavam delimitadas (divididas) e subdivididas, **apenas** por divisão de território, algumas mais povoadas e com maior vulnerabilidade e outras já com uma população menor e com um grau de vulnerabilidade menor.

Então, o reconhecimento do território torna-se imprescindível para reconhecer nossa população de modo geral e seus problemas, sendo assim realizamos e implantamos a nova territorialização, após muitas reuniões com as equipes técnica de enfermagem responsável por cada ESFs de abrangência de cada área, e novamente analisamos no ano de 2022 as referidas áreas, para verificarmos a efetividade do estudo e possíveis falhas, sendo possível, realizar aperfeiçoamento e/ou ajustes, conforme demanda de cada área, sugestões técnicas apresentadas pela equipe responsável pela área, no intuito de propor melhorias e adequação para melhor atender nossos usuários.

Outrossim, tornou-se possível instruir e mapear as microáreas com a corresponsabilidades dos ACSs, assim aumentando a efetividade das ações de promoção e proteção a saúde especificamente a recuperação e a reabilitação da saúde de nossos usuários, juntamente com as equipes de saúde de maneira multiprofissional e eficaz, onde os ACSs sente-se parte fundamental do processo de trabalho da APS. *Andrade, et al, 2006*, relata que os ACSs, desde a implantação do modelo antigo do Programa Saúde da Família (PSF) e depois



estabelecido o então denominado Estratégia e Saúde da Família, nos deixa claro que o modelo em tela é um dos de saúde adotado hoje no Brasil, modelo esse preventivo, tratando-se de superar o antigo modelo de saúde que era “apenas” curativo e de “demandas espontâneas”, atendimento de pessoas já acometidas por patologias, para assim incluir por meio das equipes de ESFs as ações de **promoção e prevenção em saúde**, no intuito de diminuir os potenciais riscos e agravos a saúde da população, fazendo isso “*além dos muros das unidades de saúde*”.

Dessa maneira o ACS juntamente com toda a equipe multidisciplinar que a compõe, tendo como enfoque integral a família, visão integral de seus respectivos membros, compreendendo-os em seu contexto socioeconômico, cultural e de uma maneira primordial e psicologia. Sendo preciso uma postura dos profissionais da APS ética, treinada e extremamente comprometida, que possa entre outras e várias ações reconhecer o indivíduo, ou melhor, o próximo, como um sujeito social capaz de traçar suas próprias metas, seus próprios projetos de desenvolvimento. Buscando entender o que vai além da doença física, mas sim a família em seu espaço social, com interações e conflitos. Valendo-se das ferramentas de campo que ultrapassam os “muros das UBSs”, modelo proposto hoje e muito importante, o profissional ir “além dos muros da UBS”, a promoção em saúde, como por exemplo as ideias de “*construções*” de ambientes cada vez mais saudáveis e dinâmicos, atuando de maneira multidisciplinar e multiprofissional, que propõe o núcleo familiar muito além que “apenas” a tecnologia médica curativa, mas sim o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes fortemente nas relações familiares, assim como em outras redes até mesmo sociais que se formam em comunidade, sendo um exemplo claro e clássico, relações estabelecidas entre vizinhos, colegas de trabalhos e grupos religiosos que fortemente contribuem para a promoção em saúde.



Sendo assim, nos territórios onde vive e trabalha a população da área de abrangência dos serviços a prioridade se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes”, para o então modelo atual “**prevenir riscos e agravos**” e “**promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais**”. Implica conhecer os problemas de saúde e seus determinantes, ou seja, organizar a atenção à saúde de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os “efeitos” dos problemas (doença, incapacidade e morte) mas sobretudo as ações e serviços que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais, de uma maneira integrada entre equipe e indivíduo.

Um objetivo importantíssimo do presente instrumento de gestão (estudo), é garantir e assegurar a institucionalização de um processo permanente de monitoramento de avaliação, em contrapartida a evolução e coordenação do processo de trabalho contínuo, para definir os instrumentos de gestão e aplica-los de maneira eficaz e rápida, entre os níveis necessários, podendo garantir o integral cumprimento das metas, visando sempre ofertar o melhor atendimento possível aos nossos usuários e o mais importante de maneira humanizada. Tendo como consequência principal garantir de forma descentralizada atendimentos com fácil acesso aos usuários e assim poderem ter reconhecimento dos seus respectivos “*pontos*” de atendimentos para cada um dos usuários dos territórios, ou seja, cada usuário do sistema identifique sem dificuldade sua UBS de referência, e a equipe responsável pelos cuidados e/ou demandados para com cada usuário do setor, e assim o usuário reconhecerá, seu enfermeiro (a), médico (a), odontólogo (a), ACS, nutricionista e demais profissionais de maneira multiprofissional, criando um vínculo estável, forte e duradouro. Consoante na PNAB – 2017, item 4.2.5, item, é atribuição do (a) Gerente de Atenção Básica, inciso III,

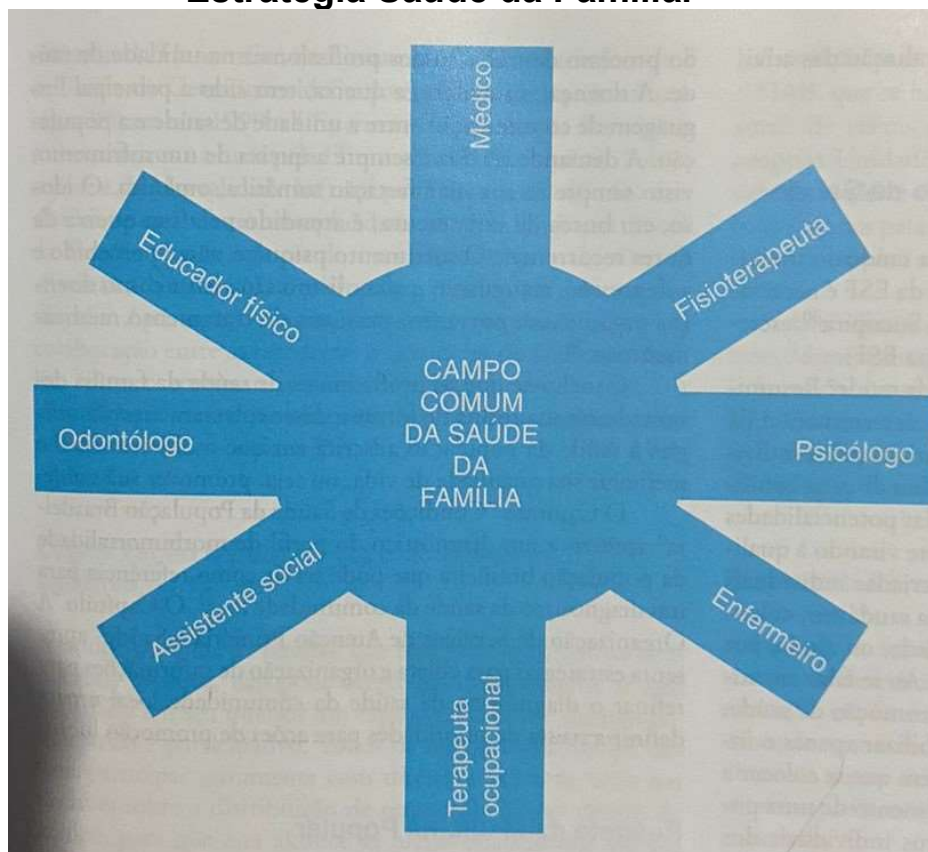


“Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;” Inciso IV “Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;” e um dos mais importantes no tema em tela “ inciso VI “Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;”

Com isso, conseqüentemente, podemos tentar vencer as barreiras e “físicas/humanas” construindo vínculos estáveis, fortes e duradouros com os usuários do município entre suas equipes. Algumas enfermeiras/técnicas (os)/ACSs relataram que: construíram um vínculo tão estável, que se tornaram amigos (os), dos usuários.



Figura 04 - Construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família.



Fonte: Andrade, Escola de Formação em Saúde da Família de São Paulo, Visconde de Sabóia – 2004.

Nessa ótica, como descrito no processo de territorialização, em toda a descrita análise acima, a APS pode ter uma maior efetividade dos cadastros das áreas de cada abrangência de seus territórios, delineando a situação territorial de cada equipe de ESFs. Conforme a necessidade de cada programa do Ministério da Saúde e seu correto registro no e-SUS, para em contra partida atingir as metas propostas/pactuadas pela gestão, e assegurar o principal, um atendimento de qualidade e humanizado, garantindo “saúde como direito”. Realizamos em todo o processo oficinas, cursos, treinamentos, reuniões de equipes com todas as ESFs, deixou-se evidente, que o principal intuito não se tratava apenas de cumprimento de metas, mas sim, de humanização no sistema, de estabelecer um olhar voltado



para o usuário como pessoa humana, não somente focado na queixa (sintomas), mas sim no ser humano como por “inteiro” no sistema de saúde de Campina da Lagoa.

Os sistemas de saúde em um modo geral, tem o objetivo principal promover saúde e responder a altura às necessidades da sua população de abrangência, seja ela em qualquer esfera governamental, em nossa análise, à nível municipal.

No tocante à profissionais de saúde, quesito quantitativo e qualitativo, e principalmente no momento do atendimento onde o usuário deve se sentir acolhido, assim como em todos os serviços ofertados, na esfera municipal de Campina da Lagoa – Pr, no tocante à satisfação e necessidades de nossos usuários do sistema de saúde, devemos sempre nos questionar como gestão e profissional: quais são essas necessidades que devem ser atendidas e como elas devem ser atendidas e se estão sendo atendidas satisfatoriamente?

Diante desses questionamentos levantados, realizamos uma busca literária científica, para propor respostas satisfatórias aos questionamentos e elencar uma maneira de ofertar um serviço de qualidade satisfatória e com a maior qualidade possível. Os Artigos Científicos chegam indicar uma série histórica de até 30 anos, que a melhor e mais eficaz é a atual maneira de atender a população no quesito *saúde como dever*, é o atual modelo de saúde, Atenção Primária à Saúde (APS), que vem sendo discutida amplamente nos últimos anos e cada vez mais aperfeiçoada e mostrando-se eficaz destacando-se, sendo adotada até mesmo em outros países (BRUCE, *et al*, 2006). A reformulação da PNAB - 2017, define as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para a organização do SUS e destaca a Atenção Básica como Porta de Entrada Preferencial ao sistema. (BRASIL, 2017).

A territorialização que estamos analisando no presente estudo de



dimensionamento da força de trabalho na atenção primária, nos permite afirmar que a equipe responsável pela área de sua abrangência realize uma análise das “características particulares”, de sua população, podendo observar os aspectos ambientais, socioeconômico, demográfica, culturais e de saúde. Para assim poder orientar e nortear a equipe em cada território individualmente, cada serviço de maneira eficaz, utilizar os instrumentos de gestão de maneira corretas para conhecer as características próprias de cada local, podendo assim adequar as ações de saúde às suas necessidades de acordo com suas demandas diárias.

Um dado que nos chamou atenção, que podemos considerar relevante um recente estudo realizado pode contribuir significativamente, realizado em Porto Alegre – RS, mostra, no modelo de organização da APS, uma amostragem de 1.000 pessoas, com mais de 15 anos de idade, após um período médio de 1 mês, cerca de 750 delas apresentaram sintomas e/ou problemas relacionados a saúde. Grande parte do grupo, lidará com seus próprios sintomas e/ou problemas, aponta o estudo.

Entretanto, 250 pessoas da amostragem, procuraram ajuda médica em suas UBS de referência. Interessante ressaltar, que após 40 (quarenta), anos o mesmo pesquisador repetiu o estudo, com a metodologia similar, apenas introduziu crianças no grupo, e as proporções se mantiveram similares.

No período que o estudo foi realizado na primeira vez, no período de 15 dias, foram atendidas 7.849 usuários no serviço exclusivo da Atenção Primária, importante é que 9% resultaram em encaminhamentos para especialidades secundarias e/ou terciarias. Posteriormente os referidos encaminhamentos médicos foram analisados e divididos em grupos de diagnósticos, CID-10, gerando um dado curioso, média que 5 e 20% são de proporções semelhantes, e as proporções são encontradas em diversos estudos de demanda, inclusive internacional, ou seja, as patologias se assemelham.



Estudos realizados em ambulatórios gerais, apresentam que as variedades de doenças são muitas (CID-10), porém existem algumas muito frequentes trazidas pela população, ou seja, cria-se uma espécie de “vícios de diagnósticos”, que se tornaram responsáveis por quase da metade de toda a demanda das UBS, nacionais internacionais (BRUCE, *et al*, 2006) .

A prática da atenção primária é o exercício da função dos ESFs como a principal porta de entrada de todo um sistema de saúde, devendo ser o primeiro contato com o usuário, famílias e comunidades com uma complexa rede de serviços, promovendo saúde e estimulando o autocuidado com proximidade ao cenário onde a população vive.

Apresentamos o quadro abaixo o quadro nº 2, com as Unidades de Saúde, os respectivos Esfs, onde estão lotados, com endereço, população, horário, população, dados extraídos do SISAB, em abril de 2023.

Quadro 2 – Unidades de Saúde, População, Horário de Funcionamento e endereço, dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

Unidade de Saúde e ESF	Nome da Equipe - ESF	INE	População Cadast rada	Horário de funcionamento	Endereço
I	UBS Sônia Matesco	0000377295	2.605	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Santos Dumont, 01, Jd. João Paulo II
III	UAPSF Celina Soares	0000277309	3.366	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. José Maria Pereira, 883, Centro.
IV	Posto de Saúde de Salles de Oliveira	0000377325	2.037	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. José de Oliveira Lins, S/N, Salles de Oliveira



IX	UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos	0001577662	3.190	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Vitorio Faccini, 369, centro
VII	UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos	0001577557	3.599	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Vitorio Faccini, 369, centro
X	UBS Eugênio Barbão	0001583875	3.386	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Ipiranga, S/N. Jd, Santa Teresinha.
Total Geral de Usuários Cadastrados			18.183		

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – Abr/2023.

Quadro 03. Unidades de Saúde, População, Horário de Funcionamento e Endereço, dados do E-SUS.

Unidade de Saúde	Nome da Equipe - ESF	INE	População Cadastrada	Horário de funcionamento	Endereço
I	UBS Sônia Matesco	0000377295	3.083	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Santos Dumont, 01, Jd. João Paulo II
III	UAPSF Celina Soares	0000277309	3.436	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. José Maria Pereira, 883, Centro.
IV	Posto de Saúde de Salles de Oliveira	0000377325	3.013	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. José de Oliveira Lins, S/N, Salles de Oliveira
IX	UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos	0001577662	3.806	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Vitorio Faccini, 369, centro



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

VII	UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos	0001577557	3.114	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Vitorio Faccini, 369, centro
X	UBS Eugênio Barbão	0001583875	3.901	07h30 as 11h30 e 13h as 17h	R. Ipiranga, S/N. Jd, Santa Teresinha.
Total Geral de Usuários Cadastrados			20.353	***	

Fonte: Dados obtidos do sistema de informação E-SUS em 05.06.2023.

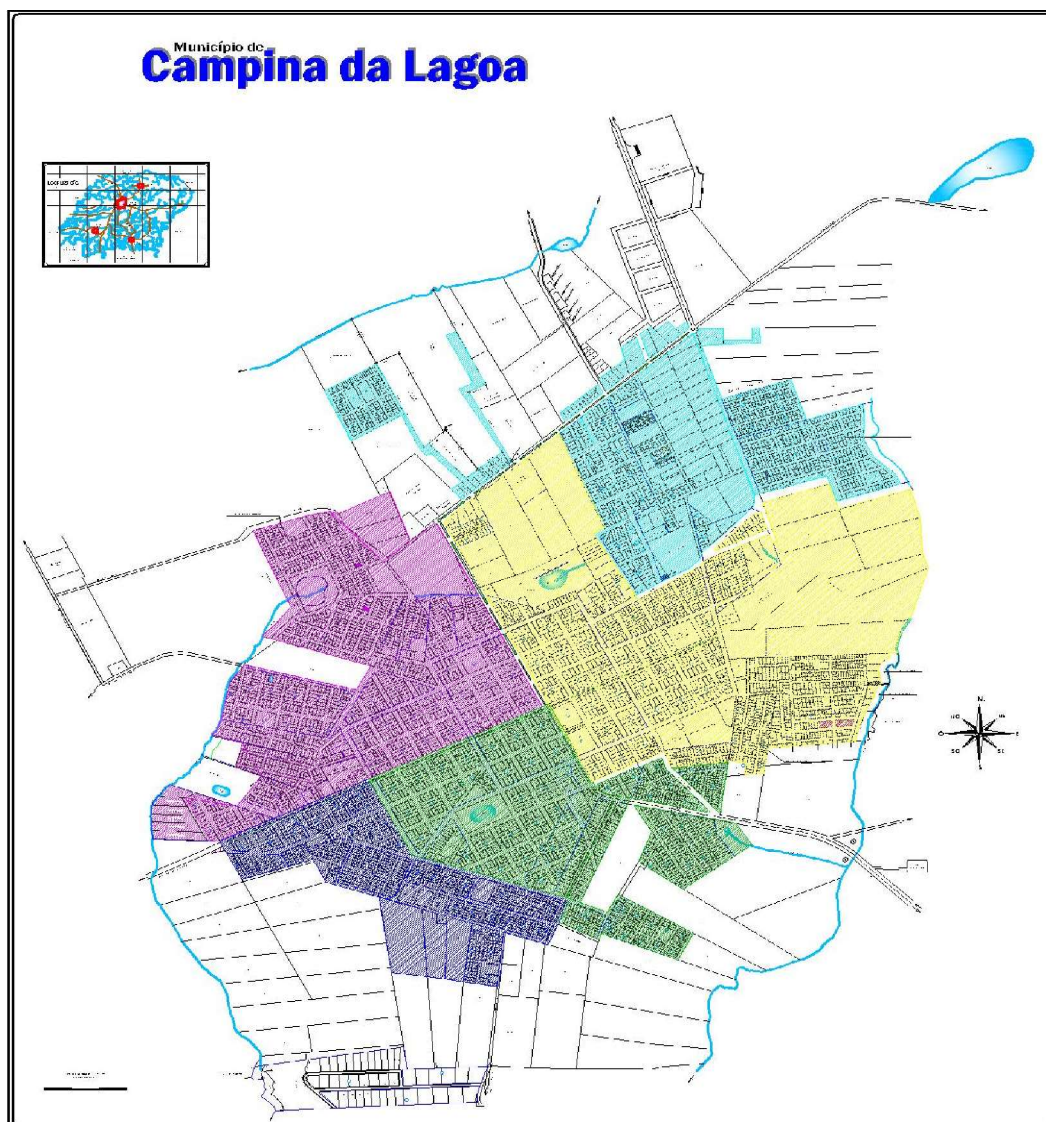


SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

**Figura 5 - Divisão das Equipes e Saúde da Família
Mapa área urbana.**



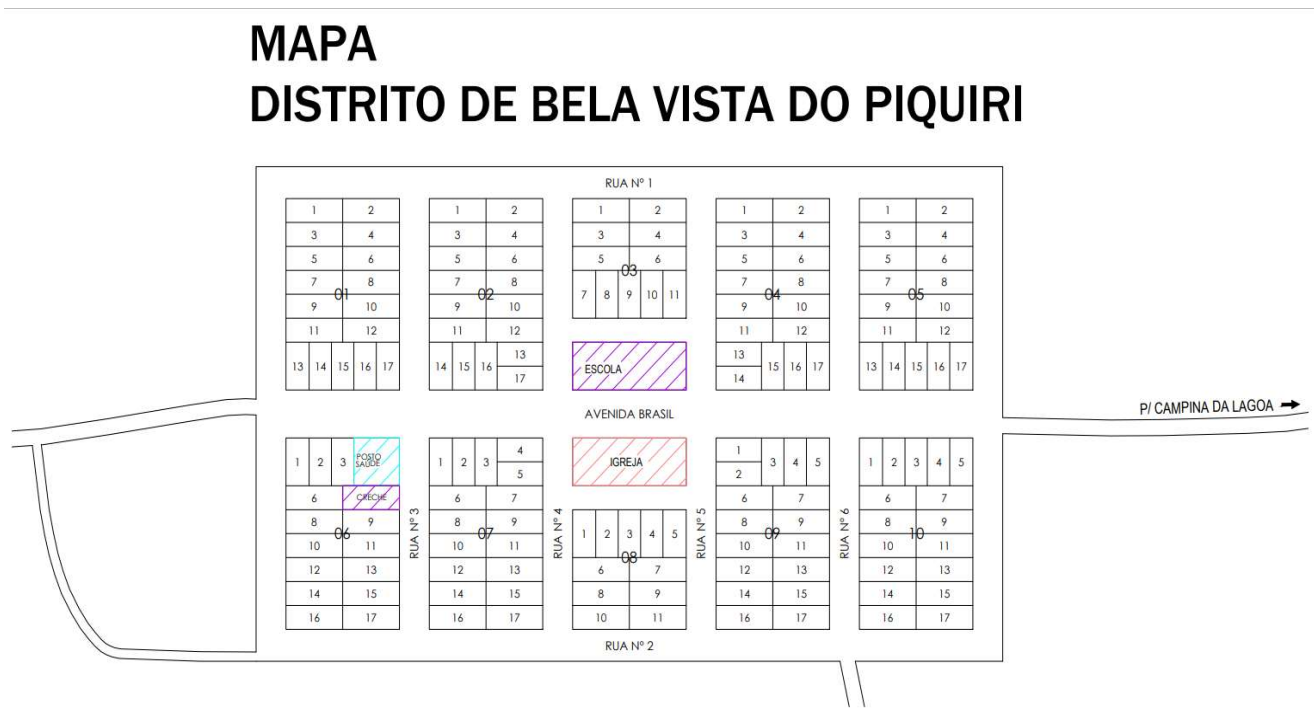
Fonte: Departamento de Planejamento da P.M. de Campina da Lagoa – Pr – 2023 e territorialização.

Legenda do mapa de acordo com o território de ESF, dividido por cores - 2023;

	ESF I		ESF IX
	ESF III		ESF X
	ESF IV	P.A. ESF III	BELA VISTA
	ESF VII	P.A. ESV IV	HERVEIRA



Figura - 6 Mapa Distrito de Bela Vista, ponto de apoio do ESF III.



Fonte: Departamento de Planejamento Municipal de Campina da Lagoa – Pr – 2023 e territorialização.



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Figura 8 - Mapa do Distrito de Herveira – Ponto de Apoio do ESF IV.



Fonte: Departamento de Planejamento Municipal de Campina da Lagoa – Pr – 2023 e territorialização.



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Figura 9 - Planta Baixa da Unidade Básica de Saúde Mundo Novo tipo I.



PLANTA BAIXA
POSTO DE SAÚDE - MUNDO NOVO
ÁREA A CONSTRUIR= 307,49 M²
ESC.: 1/100

Fonte: Departamento de Planejamento P.M. de Campina da Lagoa.



Com territorialização, processo esse de importância primordial, e sua implantação em 2021, permitiu acessibilidade de vínculos entre os usuários do sistema e os profissionais de uma maneira geral, gerando assim uma visão ampla e holística das áreas onde desempenham seus trabalhos, gerando um olhar amplo e atuem na promoção da saúde com eficácia.

A gestão de uma maneira eficaz, verifique que as equipes da Estratégia e Saúde da Família, baseando-se nas normas da PNAB-2017, possa ficar distribuída dentro das normas. E possibilitou também sempre, aplicar os princípios do SUS, equidade, integralidade e universalidade, junto as equipes de ESF, para garantir a população atendida fique sempre com uma população cadastrada que se enquadre segundo os critérios da PNAB (2017), que estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e na Portaria GM/MS 2.355/2013, que altera as equipes de saúde da família.

Outrossim, importantíssimo frisar que cada equipe pode ser responsável por no máximo 4.000 (quatro mil), usuários, sendo a média recomendada pela PNAB-2017 de 3.000 usuários por equipe de ESF. Respeitando a vulnerabilidade de cada área, conforme uma das diretrizes do SUS e o princípio da equidade, definição se faz de suma importância ressaltar, as áreas de elevada vulnerabilidade equipes podem reduzir o número de sua população para até 2.000 usuários;

Art. 1º Fica alterado o cálculo do teto máximo de Equipes de Saúde da Família, com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus a recebimento de recursos financeiros específicos, o qual passará a ser



obtido mediante a seguinte fórmula: População 2.000. Tendo como fonte de dados populacional a mesma vigente para cálculo de recurso o IBGE, sendo ela “per capita”.

Recomenda-se que a população por equipe seja de 2.000 usuários com vulnerabilidade considerada baixa, podendo a equipe de Saúde ser responsável por no máximo 4.000 pessoas vinculados, variando com a vulnerabilidade de cada área.

Antes de decorreremos sobre nossas equipes, e suas classificações de acordo com os princípios já mencionados, considero importantíssimo um breve resumo de cada princípio, para que possamos entender, e não reste configurada dúvida sobre o método utilizado na territorialização. A universalidade, definida como o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, é exercida na Atenção Primária pelo acolhimento de todas as pessoas que procuram seus serviços, oferecendo fácil acesso e sem diferenciações, assim como, busca responder as necessidades da população.

Para entender o princípio da equidade, perceba que as iniquidades no campo da saúde têm origem social. De acordo com Whiteread (1985, p. 02), as iniquidades são “desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias”. Na PNAB (BRASIL, 2017, p. 06), a “*equidade é definida como a oferta de cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade*”. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) equidade é o passo fundamental para a cobertura universal (WHO, 2008).

E por fim, mas não menos importante, a integralidade é alcançada



quando as redes de atenção atendem às necessidades de saúde da população, preservando sua autonomia. Na PNAB – 2017 a integralidade deve atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Diretrizes essas que devem ser adotadas pelos entes federados para a Atenção Primária. Dentre essas, a regionalização é o modelo de organização das redes de atenção à saúde (RAS), tendo a APS como porta de entrada ao sistema.

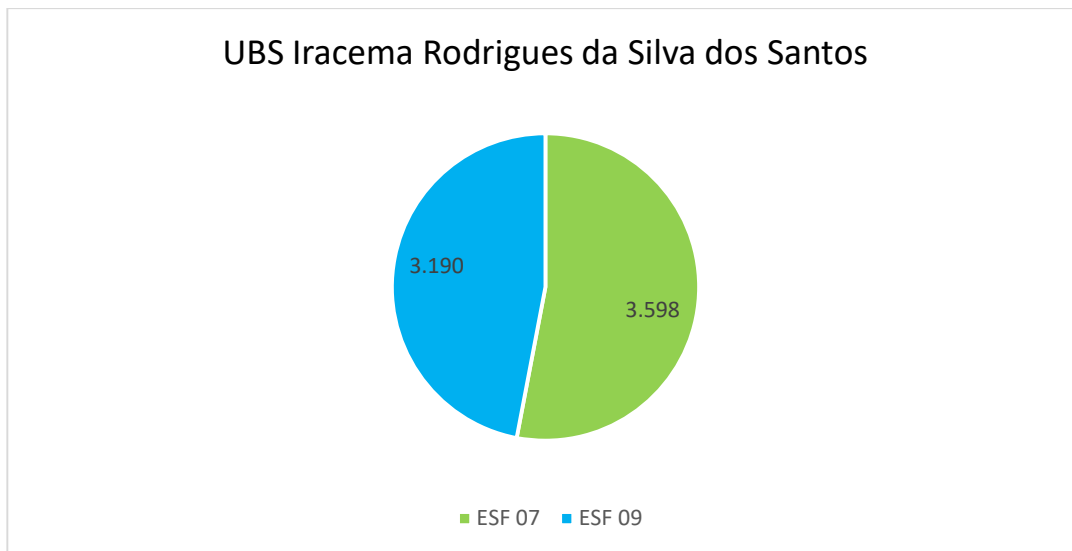
Outro ponto importante da PNAB foi o estabelecimento de um método de abordagem na APS, para ser adotado por todos os profissionais de saúde, que diz respeito ao **Cuidado Centrado na Pessoa**. O método descrito por Stewart e colaboradores (2017) tem como pressuposto o compartilhamento de poder na relação médico-paciente.

Diante do exposto, e a breve explanação dos princípios do SUS, como apresentamos anteriormente, a equipe de Saúde que mais se aproximou da população máxima é VII, justificando-se, ser a área do centro da cidade, com vulnerabilidade menor, índices de famílias consideradas de baixo risco social e familiar, e com um potencial socioeconômico “*considerável*”, aplicando o princípio da equidade, previsto na PNAB de 2017 e na Lei 8.080/1990, princípio esse do SUS para classificação das famílias adotada na territorialização em nosso município. Seguida pela Equipe e Saúde da Família 10, que possuímos uma grande população, e com elevada vulnerabilidade.

No gráfico abaixo, demonstramos em quantitativo usuários cadastrados na Unidade Básica de Saúde Iracema Rodrigues da Silva dos Santos, a qual possui duas ESFs, a 07 e 09, como já descrito, somando as populações temos um montante de 6.788 usuários atendidos na UBS, 3.598 e 3.190 respectivamente (SISAB).

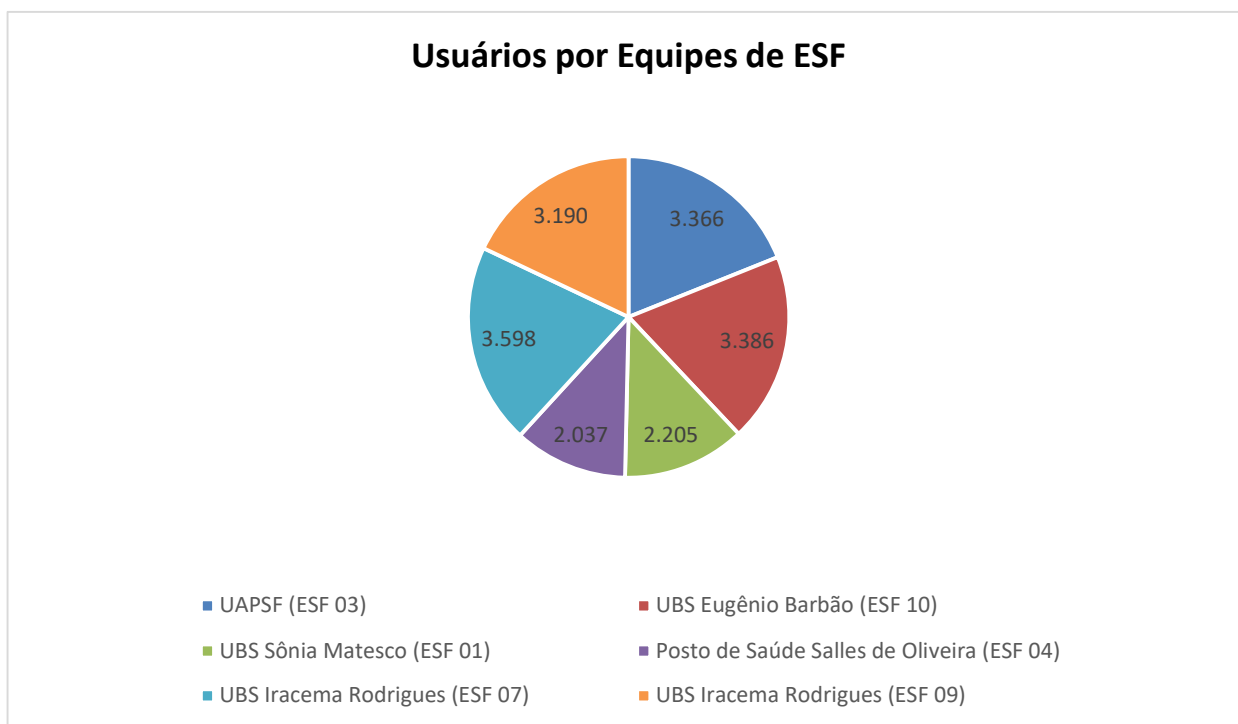


Gráfico 01: Usuário do ESF 07 e 09.



Fonte: SISAB - 2023.

Gráfico 2: Demonstrativo de famílias por equipe de ESF de Campina da Lagoa - Pr.



Fonte: SISAB - 2023.



Pode-se observar no gráfico, que a população do ESF 10, atendida na UBS do Jardim Santa Teresinha, UBS Eugênio Barbão, possui um grande território geográfico, e apresenta um número elevado de usuários, com um total de 3.386, trata-se de uma população de vulnerabilidade social maior que as demais equipes, demandando de maiores cuidados, e de atenção redobrada da APS, com isso, após a territorialização realizada em 2021 e revista em 2022, observamos que o bairro, Mundo Novo faz parte do território em tela, sendo a UBS Eugênio Barbão a mais próxima para atender a população. Apresentando um total de 120 residências, e 533 usuários, atualmente atendidas pela equipe. Deve ser considerado, que o município fez a aquisição de um terreno adjacentes (ao lado), do bairro, para construção de mais 99 moradias habitacionais em parceria com a Cohapar, podendo chegar ao número de 219 residências, sendo essas afastadas da Unidade Básica de Saúde de referência para atendimento daquela população, importante ressaltar que se trata de uma população com vulnerabilidade social e baixa renda.

Levamos em consideração, que essa população residia em uma área de risco ambiental, fato de extrema relevância no momento da revisão da territorialização em 2022, e foram realocados para essa nova área, para assim poder ofertar uma melhor qualidade de vida e uma saúde de qualidade. Ponto de vista que merece destaque, o fato de TODO o transporte rodoviário (entrada da cidade), fazer a divisa com do mencionado bairro, com o restante do território, como podemos ver no mapa, que posteriormente será ampliado, acarretando em uma problemática maior.

Como mencionado, na territorialização a UBS mais próxima para atendimento é a UBS Eugênio Barbão, entretanto a UBS geograficamente está consideravelmente distante do bairro, bem como das demais UBS do centro da cidade, para a população receber assim o atendimento de toda a equipe de saúde



com a qualidade e eficácia necessária, não restando configurada dúvida no momento da territorialização, que o bairro deve pertencer ao território do ESF X, sendo a UBS mais próxima até o momento.

Sendo assim, a população residente no mencionado bairro, tem que se deslocar longos trajetos até a UBS de referência, gerando uma problemática de deslocamento para os usuários de uma maneira geral, com a vulnerabilidade social apresentada, e principalmente para os acometidos de patologias que demandam de cuidados especiais por parte da equipe da APS, como, acamados, pessoas com deficiências, gerando assim o fato de que indivíduos com dificuldade de locomoção para buscar ajuda médica e/ou de enfermagem se torne muito difícil.

Diante da situação apresentada, tanto na territorialização, como no dimensionamento da força de trabalho na APS, a Secretaria da Saúde, realizou um minucioso debate em conjunto com todas as Secretarias da Administração Municipal, e o tema foi amplamente discutido pela equipe administrativa e técnica do município, buscando a melhor maneira de solucionar o problema aqui apresentado, à conclusão que a maneira de garantir os direitos à uma saúde de qualidade, assegurando aos usuários pela Constituição Federal, na Lei 8.080/90, e demais legislações do Ministério da Saúde, e em consequência ofertar uma melhor qualidade de vida e um atendimento de qualidade para a população local, e em sintonia com a decisão da Suprema Corte (STF), por meio de decisão proferida pelo *Min. Marco Aurélio Mello*, que reforça, no tocante que a Saúde deve ser servida a toda a população de maneira adequada, eficiente e continuada, é a construção de uma nova Unidade Básica de Saúde no bairro Mundo Novo do tipo I, na modalidade ponto de apoio.

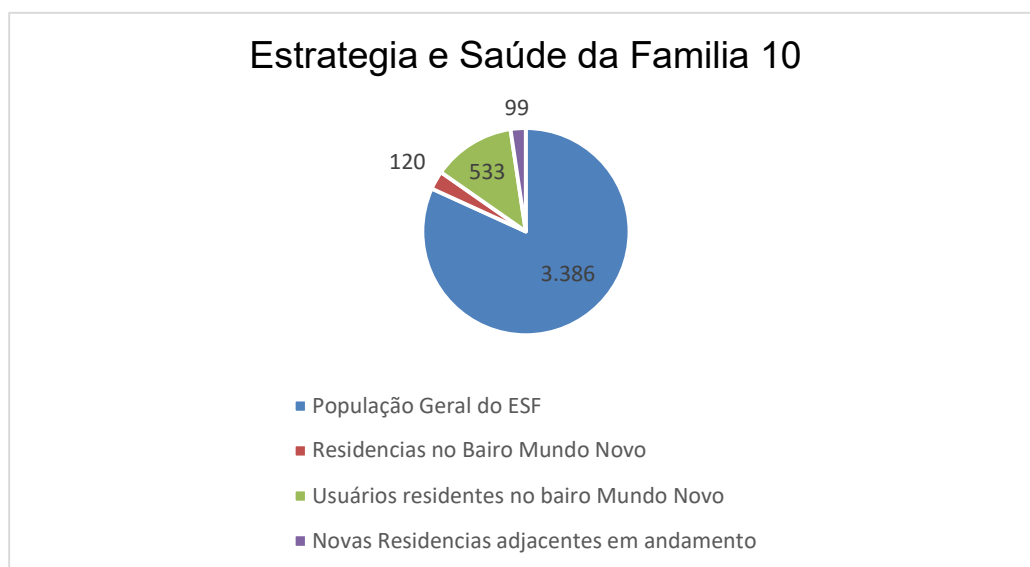
Em consequência a demanda na UBS Eugenio Barbão diminuiria consideravelmente, e a população poderá ser melhor atendida, criando um



vinculo com maior estabilidade a equipe conforme determina a Port. GM/MS nº 2.436/2017 (PNAB) e a Port. GM/MS nº 2.355/22013.

Nesse tocante, a Administração Municipal não mediu esforços para solucionar tal problema, e a Unidade de Saúde do bairro Mundo Novo, ja encontra-se em fase de elaboração e aprovação de projeto arquitetônico, sendo disponibilizado pelo Governo Estadual o valor de R\$: 1.000.000,00 (um milhão de reais), conforme Resolução SESA – PR nº 508/2023, para construção da UBS no bairro adscrito no porte tipo I.

Grafico:3 Demonstrativo da população do ESF 10 e população e residências no Bairro Mundo Novo - 2023.



Fonte: e-SUS/jun. – 2023.

Fato importante a ser mencionado e levado em consideração é que as nossas UBS Eugênio Barbão (ESF X), Sônia Matesco (ESF 01), distrito de Herveira (ponto de apoio do ESF IV), e Bela Vista do Piquiri (ponto de apoio do UAPSF III), encontra-se em fase de reforma e ampliação, registramos, que a UBS Iracema Rodrigues (ESF VII e IX), foram recentemente inaugurada, pós-reforma, assim como a do distrito de Salles de Oliveira (ESF IV), para que possamos



garantir aos nossos usuários melhor atendimento possível, tanto no quesito humano como estrutura física.

A literatura científica comprova que quando os servidores detêm de meios de trabalhos de qualidades e adequados para desenvolver seus trabalhos, o fazem com maior dinamismo e dedicação, gerando uma qualidade superior ao esperado pela gestão.

Para *Schreiber, 2010*, de um modo geral, no tocante à satisfação e realização com o trabalho, é possível notar que há um sentimento geral de felicidade, realização pessoal e profissional, satisfação com o trabalho e, mesmo com o passar dos anos, as pessoas ainda estão bastante motivadas com seu trabalho. Dessa forma pode-se concluir que as expectativas e motivações iniciais, que influenciam a escolha pelo trabalho no setor público, acabam se constituindo, sim, com o passar do tempo, em fatores de permanência e se mantem elevados.

Outrossim, registramos que seguimos em nossas UBSs todas as normas sanitárias vigentes, e os protocolos do Ministério da Saúde para atendimento de nossa população, logicamente, estamos em fase de implantação de alguns protocolos, entretanto, a duras penas, nossas equipes se doam ao máximo, e fazendo um comparativo com os últimos 5 anos, evoluímos, e muito, temos muito a conquistar, entretanto, não estamos medindo esforços, e estando confiantes, que com o trabalho em equipe que estamos desenvolvendo conseguiremos atingir as metas e objetivos traçados.

Em nossas microáreas, os ACSs, seguem o mesmo modelo, no quesito de vulnerabilidade e territorialização já implantado nas equipes em gerais, as mais populosas são as famílias com menor riscos vulneráveis e com menor risco familiar. Vale lembrar também que após minucioso estudo e muita discussão em equipe e com as coordenadoras enfermeiras de ESF, concluiu-se que uma maneira eficaz de definir a vulnerabilidade é em parceria conjunta, ou seja,



trabalhar em “rede” com as demais secretarias, isto é, Secretaria da Assistência Social e a Secretaria da Educação e Cultura de modo especial, como uma “*espécie de teia*”, onde as secretarias se comunicam e trocam informações no tocante de vulnerabilidade dos usuários para melhor traçar metas, solucionar problemas e conseqüentemente diminuir o risco familiar e o desenvolvimento de doenças endêmicas que possivelmente possam surgir.

Confrontando os dados apresentados nos gráficos e tabelas acima, de nossa população, E-SUS e SISSAB, observamos que existe discrepâncias significante entre os dados, sendo possível observar uma falha na coleta de dados cadastrados, de maneira individual e territorial, por grande parte dos ACSs, e conseqüentemente uma falha na supervisão das coordenadoras de equipes.

Após a constatação em tela, e considerando a falha apontada de duplicidade de cadastros, as áreas de riscos, vulnerabilidade e situações de diferenças populacionais nos setores, deu-se início no processo de territorialização em 2021, e a reorganização das equipes de estratégia e saúde da família.

Uma vez realizado a organização por meio da territorialização, foi apresentado e implantado, a nova divisão dos territórios, para que assim as coordenadoras de ESF possam expressar suas opiniões sobre as vulnerabilidades familiares, sociais, econômicas, sendo essas profissionais que estão diretamente na linha de frente no dia-a-dia com os usuários do sistema, assim possibilitou esclarecermos dúvidas no tocante as áreas demarcadas, e poder delimitar de maneira eficaz cada território dos ESFs e melhor atender nosso público e conseqüentemente melhorar a qualidade de trabalho de nossas equipes.

As oficinas se mostram extremamente produtivas e eficazes, e



com uma importância enorme para o sistema de saúde do município, e no desenvolvimento do processo de territorialização, implantado em 2021, e revisado em 2022.

Para Mendes, *et al*, 1993, o reconhecimento do território é um processo básico e primordial para a caracterização de nossa população, e elencar os problemas advindos, bem como se torna possível a avaliação dos impactos sobre os níveis de saúde de cada população em suas respectivas áreas. Tornando-se caracterizada por uma população cada vez mais específica que vivem em tempo e espaço de um modo singular, com problemas e necessidades de saúde determinantes, os quais para que possam ser resolvidos com efetividade devem ser compreendidos por profissionais e gestores de saúde.

Significando que o território vai muito mais além de uma mera demarcação extensão geográfica, mas sim se faz possível traçar um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que expressa um território como um todo, em permanente construção.

Um dos aspectos mais desafiadores identificados na APS é a de alcançar a excelência clínica, manter-se atualizado, e não sucumbir à rotina. Uma solução bastante eficaz como descrito acima foram as oficinas realizadas, e as reuniões em forma de educação continuada, baseada nas análises de demandas diárias podem ajudar a solucionar questões rotineiras dos setores.

A equipe de gestão e o gestor municipal, ao avaliar as ações individuais de cada profissional por categoria e individualmente, devem identificar os pontos a serem aperfeiçoados, para posteriormente ser trabalhados, tais como: registro correto no sistema, solicitação de exames, prescrição, etc... onde utilizamos esses dados para avaliações e formar ações de educação continuada permanente.



Entretanto, a territorialização, realizada em 2021, nos apresentava uma discrepâncias de 8.824 usuários, como descrito, possível falha da digitação, unificação e correta utilização do sistema e-SUS como já justificado/mencionado, entretanto, se compararmos com os dados obtidos atualmente (16.06.2023), notamos uma significativa evolução, ou seja, a discrepância entre e-SUS e SISAB, apresentaram melhora nos resultados, estando atualmente, em 3.2491 usuários, comprovando e indicando que as capacitações, oficinas, cursos, treinamentos, reuniões em equipe, educação continuada e a territorialização mostrou-se muito eficaz e significativa para a melhoria do atendimento da população de Campina da Lagoa - Pr, valendo a revisão em 2022 que corroborou para os resultados obtidos.

Importante ressaltar que no corrente ano, estamos traçando metas, realizando capacitações e implantamos a utilização dos tablets para uso dos ACSs em suas visitas domiciliares, por meio da Resolução Estadual nº 1071/2022, que receberam o devido treinamento de uso do instrumento de trabalho por parte da gestão, para solucionar a Problemática de discrepância de cadastros, a curto e médio prazo em totalidade. Em contra partida os dados a serem apresentados no e-SUS possa ser fidedigno e confiáveis com a realidade “*in loco*” de nossa população. Podendo então a gestão em conjunto com as equipes traçar metas para melhor atender nossa população conforme sua real necessidade.

Sendo nossas metas principais, manter atualizados os cadastros das famílias e tipo de imóveis dentro de cada território, revisar 100% das microáreas referenciadas pelos ACS, atender demanda preconizada em relação às famílias e imóveis inspecionados, objetivando ações pontuais para a prevenção e promoção a saúde, garantir um maior acompanhamento dos indivíduos das áreas de abrangência, de maneira continuada, eficaz e igualitária



e obter e garantir parâmetros de avaliação confiáveis para acompanhamento de desempenho do Previne-Brasil.

Os profissionais das Unidades de Saúde estão representados no quadro abaixo, de acordo com a categoria profissional, quantidade e produção, no período de 01/01/2023 a 30/04/2023 (primeiro quadrimestre de 2023 – fonte: Audiência pública do primeiro quadrimestre de 2023 e sistema e-SUS).

Quantitativo de profissionais das Unidades de Saúde e Produção.

ATENDIMENTOS REALIZADOS NA UBS IRACEMA RODRIGUES (ESF 07) – 1º QUADRIMESTRE 2023

Procedimentos	Quantidade				
	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	457	532	535	391	1.915
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	242	461	715	605	2.023
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	29	81	122	95	327
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de Pontos/Curativos/teste rápido)	62	135	187	165	549
Atendimento Odontológico	23	28	25	00	76
Atend. Individual do Enfermeiro - ESF	2749	214	352	255	1.100
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	1.327	880	1.504	1.322	5.033
Preventivos	13	21	18	25	77
Total	2.432	2.352	3.458	2.858	11.100

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

ATENDIMENTOS REALIZADOS NA UBS IRACEMA RODRIGUES (ESF 09) – 1º QUADRIMESTRE 2023.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE				
	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	463	489	650	564	2.166
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	792	704	818	660	2.974
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	178	112	172	92	554
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de	270	221	290	236	1.017



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Pontos/Curativos/teste rápido)					
Atendimento Odontológico -	75	87	97	68	327
Atend. Individual do Enfermeiro - ESF	170	245	314	337	1.066
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	1.742	577	1.108	1.215	4.642
Preventivos	14	16	50	49	129
Total	3.704	2.451	3.499	3.221	12.875

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

ATENDIMENTOS REALIZADOS UAPSF CELINA SOARES (ESF 03) – 1º QUADRIMESTRE 2023.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE				
	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	642	662	716	618	2.638
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	483	462	584	493	2.022
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	69	71	122	85	347
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de Pontos/Curativos/teste rápido)	102	108	189	111	510
Atendimento Odontológico	71	149	161	132	569
Atend. Individual do Enfermeiro - ESF	79	136	315	186	660
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	1.929	2.043	2.864	2.864	9.700
Preventivos	00	19	29	09	57
Total	3.375	3.650	4.980	4.442	16.503

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

ATENDIMENTOS REALIZADOS UBS Sonia Gatesco (ESF 01) – 1º QUADRIMESTRE 2023.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE				
	JAN	FEV	MAR	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	447	503	618	606	2.174
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	279	323	412	376	1.390
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	32	34	46	40	152
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de Pontos/Curativos/teste rápido)	39	23	45	65	172



Atendimento Odontológico	00	55	19	13	87
Atend. Individual do Enfermeiro	58	34	50	60	202
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	1.610	1.879	2.156	1.495	7.140
Preventivos	06	10	04	08	28
Total	2.471	2.861	3.350	2.663	11.345

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

ATENDIMENTOS REALIZADOS NO UBS EUGENIO BARBÃO JARDIM SANTA TEREZINHA (ESF 10) - 1º QUADRIMESTRE 2023.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE				
	JAN	FEV	MAR	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	301	427	529	464	1.721
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	332	379	489	366	1.566
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	50	102	104	65	321
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de Pontos/Curativos/teste rápido)	167	321	451	321	1.260
Atendimento Odontológico	49	145	146	99	439
Atend. Individual do Enfermeiro - ESF	114	640	511	362	1.627
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	2.604	2.769	2.852	2.428	10.653
Preventivos	00	12	12	26	50
Total	3.617	4.795	5.094	4.131	17.637

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

ATENDIMENTOS REALIZADOS DISTRITO DE SALES DE OLIVEIRA (ESF 04) – 1º QUADRIMESTRE 2023.

PROCEDIMENTOS	QUANTIDADE				
	JAN	FEV	MARÇO	ABRIL	TOTAL
Consultas de Rotina (Atenção Básica)	415	453	602	477	1.947
Aferição de Pressão Arterial (Hipertensos)	311	413	515	462	1.701
Teste Capilar de Glicemia (Diabéticos)	27	64	98	144	333
Procedimentos de Enfermagens (Inalação/ injeções /Remoção de Pontos/Curativos/teste rápido)	57	115	190	400	762



Atendimento Odontológico –	00	00	00	00	00
Atend. Individual do Enfermeiro - ESF	88	287	359	623	1.357
Visita Domiciliar Agente Comunitária de Saúde	768	573	1.151	1.129	3.621
Preventivos	00	11	11	14	36
Total	1.666	1.916	2.926	3.249	9.757

Fonte: Prestação de Contas 1º Quadrimestre – 2023.

As Equipes de Saúde na Família são compostas conforme determina a PNAB Política Nacional da Atenção Básica - 2017, cumprindo suas cargas horárias definidas, e controladas através de Ponto Biométrico, estando os relatórios disponíveis para conferência na Secretaria da Saúde, em conformidade com as diretrizes, e cumprimento com as normas definidas pelo Tribunal de Contas.

A produção dos profissionais Médicos, há uma diferença numérica, porém, este dado pode estar, ao desempenho individual de cada profissional, uma vez que cada profissional possui seu “tempo” médio para atendimento de cada consulta/atendimento, considerando complexidade de cada indivíduo em sua patologia/queixa, entretanto o manual de auditoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde faz a sugestão, que costuma ser tomada como “referência” nos serviços públicos sobre o tema que a média de atendimento do profissional médico individual por consulta considerado **aceitável** é de 15 minutos.

Outros profissionais que percebemos um destaque foram os atendimentos individuais efetuados pelas Enfermeiras, e como podemos observar no quadro, o ESF 10, UBS Eugênio Barbão se destaca, o que se justifica considerando o número de população e a vulnerabilidade social elevada, entretanto, como exposto, com a nova UBS contribuirá significativa para atender a demanda da UBS Eugênio Barbão. Notamos também uma diferença (queda) de atendimento no ESF 04 no profissional odontólogo, pois o profissional foi



exonerado a pedido, impossibilitando a administração efetuar a substituição/contratação de servidor substituto, uma vez que possuíamos concurso público vigente, porém, houve desistência por parte dos profissionais aprovados. Sendo assim até abertura de novo concurso público, o qual já está em fase de publicação de edital de candidatos aprovados (edital 020/2023, publicado em 16.06.2023). As outras diferenças de produção foram notáveis, entretanto, pode-se atribuir ao dinamismo dos territórios e tamanho de abrangência e a vulnerabilidade de cada território em específico, uma vez que cada equipe deve ser avaliada individualmente. Sendo assim por parte das classes dos demais profissionais foram menores, e consideramos irrelevantes.

Temos que deixar evidenciado, e não configurada dúvida, que o ESF 04, não ficou desassistido por odontólogo. A gestão elaborou um rodizio (escala), entre os demais profissionais do município das outras APS para atender população e tendo como UBS de referência população para atendimento/urgência odontologia a UBS Iracema Rodrigues da Silva dos Santos.

Entretendo a população/usuários do território do ESF 04 em nenhum momento ficou desassistida no quesito odontológico, pois, foi elaborada uma escala (rodizio), de atendimento entre os demais profissionais da APS, para que mantivessem o atendimento ininterrupto no território do referido ESF, entretanto quando um profissional que está vinculado a determinada equipe de ESF específica, sua produção/atendimento, não vai para o ESF em que ele realizou o atendimento, ou seja, a produção não era gerada no sistema para o ESF 04, pois os referidos odontólogos estavam vinculados às suas equipes de origem, e seus atendimentos, sendo automaticamente contabilizado pelo e-SUS (prontuário eletrônico), no ESF de sua origem respectivamente.

Temos uma questão importantíssima relacionada com produção que melhoramos muito, a questão de informação do sistema eletrônico, porém



ainda há muitas subnotificações, os profissionais não realizam a alimentação do sistema eletrônico ou não atualizam as informações e a *posteriori encaminhamento* das fichas de notificação compulsórias tempestivamente a Vigilância Epidemiológica em consonância, com a Portaria GM/MS nº 217/2023. Entretanto no corrente ano já realizamos treinamentos com as equipes e informamos da importância de alimentar e atualizar os dados nos sistema tempestivamente, de maneira geral, correta, para somente assim podermos ter bons indicadores, alcançarmos metas e para podermos ter bons indicadores e assim podermos agir de maneira tempestiva em casos de doenças endêmicas e possuímos dados para avaliar a força de trabalho dos profissionais da atenção primária, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, trabalho esse realizado também em forma de educação continuada pela coordenação da APS.

Um dado relevante/importante a ser considerado na análise seria a porcentagem de indivíduos que possuem planos de saúde suplementar, sabemos que muitos dos munícipes possuem plano de saúde privado, o que acarreta em uma porcentagem suplementar dado de muita relevância no momento da gestão traçar as metas, uma vez que “supõe-se” que esses munícipes utilizem uma porcentagem menor do sistema de saúde municipal, porém, não foi possível mensurar em números até a presente data, estamos trabalhando para que a médio e longo prazo possamos deter de tal dado analítico para melhor traçamos nossas metas de trabalho do Sistema Único de Saúde, sendo esse dado podendo ser obtido por meio das visitas dos ACSs, os quais por meio de educação continuada já foram orientados a realizarem o questionamento no momento da visita *in loco*.

Entretanto, não podemos deixar de aplicar e considerar um dos principais princípios do SUS, a universalidade, como explicado acima, um princípio finalístico e fundamental, ou seja, é um ideal a ser alcançado, indicando,



portanto, uma das características do sistema que se pretende construir e um caminho para sua construção.

Para que o SUS venha a ser universal é preciso se desencadear um processo de universalização, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços municipais, de modo que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população. Para isso, é preciso **eliminar barreiras** jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõem entre a população e os serviços, sendo isso previsto na Constituição Federal de 1988, sendo promulgada e revisada, pelo Decreto Legislativo 186/2008, que determina e assegura a “*saúde como direito*”, sendo esse dado citado acima, apenas para fins epidemiológicos, para melhor podermos compreender a dinâmica de cada território e de cada ESF e traçar metas e estratégias para assim poder atender cada vez melhor nossa população.

7. Conclusão e considerações finais;

O Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Primária no Município de Campina da Lagoa - Pr, foi de uma extrema importância, e concluído com uma percepção positiva e que foi de importância primordial para analisar a divisão das forças de trabalho das Unidades de Saúde do município, fazendo-se possível evidenciar as possíveis falhas, e encontrar em equipe, ou seja, em conjunto com toda a Estratégia e Saúde da Família soluções para tais problemas apontados, além disso, cada enfermeira responsável pela equipe, ACS, odontólogo, técnico/auxiliar, enfim, todos que compõem essa belíssima força de trabalho possam opinar e apresentar suas queixas e soluções.

Percebendo que após a territorialização realizada em 2021, revista em 2022, e reaplicada no corrente ano (em andamento), foi de extrema importância para melhorar e ofertar um atendimento de qualidade para nossa população, como descrito acima uma saúde “*Além dos muros das Unidades*



Básicas de Saúde”, e estabelecer um vínculo entre equipe e usuário/paciente estável, firme e duradouro, que é um dos intuitos principais da ESF.

Concluimos também que fica cada vez mais evidente que apesar de TODOS os avanços tecnológicos na área da saúde, a consulta médica e de enfermagem é um momento único para estabelecer um vínculo forte e duradouro com o paciente, além do correto manejo dos problemas de saúde. Tarefas essas fundamentais na APS, e acreditamos que serão desempenhadas com sucesso após a elaboração e apresentação do presente estudo que muito contribuiu para que chegássemos a presente conclusão, isso, desde que é claro, o profissional esteja disposto e preparado para ouvir o paciente em seu sentimento amplo, e não apenas escutá-lo, o que tem diferença, embora as palavras são semelhantes, porém com significado distintos.

Podemos concluir que deve-se aproveitar esse momento médico/paciente, enfermagem/paciente, para conhecer o paciente e entendê-lo como um todo, reconhecendo como um ser humano singular que, além de apresentar ter um problema de saúde, esse indivíduo possui uma família, uma ocupação e um lar, que quando aplicados dessa maneira considerando a consulta como uma espécie de “*arte*” sem se esquecer é claro dos aspectos técnicos e científicos, são comprovadamente que podem melhorar na qualidade de cada profissional e um melhor desempenho, e um momento acolhedor para o paciente e profissional, pois muitas vezes, não o conhecemos, e não sabemos o que acontece por trás de toda a história de vida (familiar) daquele usuário em particular, devido a isso que muitos autores afirmam que a medicina como um todo deve ser exercida em primeiro lugar com amor, para tornar o sistema de saúde mais humano, efetivo e prazeroso, tanto para o paciente, como para o profissional, principalmente no sistema público.

Anteriormente, os territórios **não estavam baseados** nos princípios



e no que rege a PNAB – 2017, seguindo o quantitativo e sem levar em conta a vulnerabilidade das famílias, conseqüentemente não respeitando o número máximo e mínimo de usuários por equipe, e com o presente estudo, ficou evidenciado que o dimensionamento de força de trabalho da APS foi de suma importância e satisfatório pois conseguimos alocar nossas equipes de acordo com as normas vigentes da PNAB – 2017, com a territorialização, e realizarmos uma cobertura de 100% de nosso território pela Estratégia Saúde da Família, entretanto, ressaltamos, que há a necessidade de anualmente avaliarmos estas questões e empenhar a equipe a realizar um enfoque na correta inserção de dados e visualizar o usuário como um todo, de modo humanizado. Assim como a gestão avaliar por meio de relatórios mensais ou trimestrais, ficando a critério da Gestora municipal e Coordenação da APS se as informações são inseridas de maneira correta no e-SUS, o qual é utilizado pelo nosso município (prontuário eletrônico), além de monitoramento constante de todos os demais indicadores e sistemas de informação, tanto em âmbito municipal, estadual e federal.

Com o dimensionamento da força de trabalho na APS, obtivemos dados de grande valia e relevâncias técnicas e de maneira humanizada, consideradas importantíssimas para mensurar o processo de territorialização além de toda a força de trabalho da APS, porém, seria ainda mais relevante e enriquecedora para o estudo com o completo registro dos cadastros de produção de maneira correta, entretanto, ao visualizarmos os dados de municípios pertencentes a COMCAM, muitos vislumbram da mesma problemática.

Problema concluímos que estamos em avançado processo de solucionar o problema apontado, com os tabletes já implantados e em funcionamento e os ACSs com o devido treinamento já ofertado, para o ano de 2024, ou até mesmo mês a mês, uma vez que os dados do e-SUS são



transmitidos todos os dias para o Ministério da Saúde a discrepância de dados tenderá a ser menor, conseqüentemente deteremos de um estudo ainda mais rico e detalhado no quesito epidemiológico, territorial, social, familiar, econômico, entre outros, conforme rege as normas vigentes. No tocante a equipe a alocação dos profissionais está de forma satisfatória até o momento.

A Secretaria da Saúde realizou e realiza de forma permanente, em todas as Unidades Básicas de Saúde, através de caixinhas, para que dessa maneira os usuários do sistema possam se manifestar e opinar sobre a qualidade do atendimento ofertado, e relatar elogios, críticas, reclamações, insatisfações e/ou outros já de imediato, além de mantermos em funcionamento a Ouvidoria Municipal do SUS, que fica na sede da Secretaria da Saúde, com ouvidor capacitado e nomeado por Decreto Municipal, seguindo todas as diretrizes, utilizando o Sistema Integrado para Gestão de Ouvidorias – Pr (SIGO).

Os dados analisados são de janeiro a junho de 2023, o levantamento, de acordo com os dados coletados em uma análise geral 36% classificou o serviço como BOM, 22% classificaram como ÓTIMO, 23% classificou como RUIM, e 19% como regular. O intuito principal dessas caixinhas de sugestões é colher informações/dados dos usuários e com base nos resultados a Gestão da Secretaria da Saúde, possa implementar ou aperfeiçoar ações e garantir “Saúde como Direito”. Nosso maior objetivo é manter o alto nível de satisfação dos usuários e garantir uma saúde pública eficiente e acessível para toda a população. O que nos move a enfrentar esses desafios e o desejo de ter uma saúde pública de qualidade para os nossos usuários de acordo com as diretrizes do SUS (resultados anexo).

Concluimos também que equipe está focada nas informações da produção e na correção do e-SUS e assim atingirmos as metas do atual programa Previne-Brasil, e como narrado acima, não se trata apenas de atingirmos metas,



mas sim, colocar o paciente/usuário em primeiro lugar, trabalhando a humanização no sistema (SUS), passo esse de fundamental importância a ser desenvolvido em nosso meio, não apenas na esfera municipal, mas também estadual e federal.



8. Referencias;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

PINHAIS, Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais. **Dimensionamento da Força de Trabalho na Atenção Básica**, Pinhais, ano 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2017

Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC. **e-Sus**, Atenção Básica, Banco de dados Municipal. Campina da Lagoa, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E
ESTATÍSTICA. IBGE. **Pesquisa
nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. Disponível em
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm. Acesso em 17/04/2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E
ESTATÍSTICA. IBGE. **Pesquisa
nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. Disponível em
www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm. Acesso em 17/04/2009

GOMES, Alcindo Arcenio Pinheiro; QUELHAS, Osvaldo Luiz Gonçalves. **Motivações dos recursos humanos no serviço público**. Revista Eletrônica de Administração, edição 35, v. 9, n. 5, p. 1-18, set./out. 2003.

MOTTA, Fernando Claudio Prestes; VASCONCELOS, Isabell Francisca Gouveia de.



Teoria geral da administração. São Paulo: Thomson, 2002.

BERGAMINI, Cecilia Whitaker. **Psicologia aplicada à administração de empresas: psicologia do comportamento organizacional.** São Paulo: Atlas, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 5.

STEWART, MOIRA et al. **Medicina Centrada na Pessoa:** Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

Portaria GM/MS Nº 217, de 1º de Março de 2023, Altera "Acidente De Trabalho: Grave, Fatal E Em Crianças E Adolescentes" Por "Acidente De Trabalho" Na Lista Nacional De Notificação Compulsória De Doenças, Agravos E Eventos Em De Saúde Pública, Nos Serviços De Saúde Públicos E Privados Em Todo O Território Nacional.

BRUCE B. **Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências** / Bruce B. Ducan B, Maria Inês Schmidt, Elsa R. J. Giugliano ... [et al.]. 3º edição, 4º reimpressão – Porto Alegre: Artmed, 2004.



ANEXOS



SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

PLANO DE TERRITORILIZAÇÃO.

**Campina da Lagoa – PARANÁ.
2021**

Elaborado:

Raissa Henrique dos Passos
Secretaria da Saúde

Michele Cristina Seco
Coordenadora Atenção Primaria

Denys Felipe Souza Magalhaes Pereira
Ouvidor Municipal de Saúde



Participações:

Ademir Fortunato do Prado - Agente de Saúde;
Ana Aparecida Gelinski - Agente de Saúde;
Animeire Ferreira R. Spreafico - Agente de Saúde;
Bianca Teixeira de Souza - Agente de Saúde;
Cícera Elaine Quirino da Silva - Agente de Saúde;
Cleonice dos Santos - Agente de Saúde;
Cristian Karla Barbosa Bertasoli - Agente de Saúde;
Daiane Rodrigues de Moraes - Agente de Saúde;
Dirce de Carvalho - Agente de Saúde;
Edilene Bragança dos Santos - Agente de Saúde;
Edineia Gomes - Agente de Saúde;
Elen Patricia Batista da Silva Santos - Agente de Saúde;
Gislaine Jhoelita Torres Caldeira - Agente de Saúde;
Ivone dos Santos - Agente de Saúde;
Izabel Rafael Ramos - Agente de Saúde;
Janice Aparecida de Lara - Agente de Saúde;
Jociane Aparecida da Silva - Agente de Saúde;
Joelma de Lira da Silva Terra - Agente de Saúde;
Luciene dos Santos Favero - Agente de Saúde;
Marcela Gomes da Silva - Agente de Saúde;
Maria Ap^a Bettoni Macagnan - Agente de Saúde;
Maria Eduarda Meira Pereira - Agente de Saúde;
Maria Marta Francisco Ramos - Agente de Saúde;
Marilza Rita de Lima Matiello - Agente de Saúde;
Odenir Vipieski de Souza - Agente de Saúde;
Rosangela P. de A. Campaner - Agente de Saúde;
Rosangela Maria Gonçalves - Agente de Saúde;
Rosineide de Carvalho Silva - Agente de Saúde;
Sebastião Xavier dos Santos - Agente de Saúde;
Vanessa Cristina de oliveira Machado - Agente de Saúde;
Zenir de Almeida - Agente de Saúde.



SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

AUTORIDADES MUNICIPAIS:

Milton Luiz Alves
Prefeito Municipal

Raissa Henrique dos Passos
Secretária Municipal da Saúde



1-Introdução;

Em 1940 chegam para fixarem moradia na região, Joaquim Carula e Salvador Ananias, ficando nas proximidades da Água da Herveira. Somente em abril de 1941 chegam a um platô, onde descobrem uma planície com três lagoas e denominaram o local Campina das Três Lagoas.

Em 2 de setembro de 1947, Campina da lagoa é oficialmente reconhecida como povoado de Campo Mourão. Entre 1947 e 1952, chegaram ao povoado mais de 600 famílias e logo foram construídos escolas, igreja, serrarias, pequenas oficinas, diversos estabelecimentos comerciais, etc.

Em 30 de maio de 1955, o povoado foi levado à categoria de Distrito Administrativo e a 25 de julho de 1960, pela Lei nº 4.245, foi criado o município de Campina da Lagoa, desmembrando de Goioerê.

Campina da Lagoa é um município brasileiro do estado do Paraná localizado na Região de Goioerê, no centro-oeste do estado.

MUNICÍPIO DE CAMPINA DA LAGOA CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

BRASÃO OFICIAL;



FONTE: Prefeitura, Governo



LOCALIZAÇÃO;



FONTE: IPARDES

LIMITES DO MUNICÍPIO



FONTE: IPARDES

NOTA: Base Cartográfica ITCG (2010).

AUTORIDADE ELEITA;

Autoridade Eleita Milton Luis Alves

FONTE: TRE-PR

IMAGEM DO MUNICÍPIO;





INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS – 2017;

Origem do município - Desmembramento Campo Mourão

Data de instalação do município (1) 04/11/1961

Data de comemoração do município 4 de novembro

FONTE: Prefeitura

(1) Data em que o município foi instalado, independe da data de criação do mesmo, que é através de decreto, lei ou decreto-lei.

ÁREA TERRITORIAL E DISTÂNCIA À CAPITAL – 2017;

Área territorial 797,598 km²

Distância da sede municipal à capital 494,29 km

FONTE: ITCG-PR (Área), SEIL-PR (Distância).

DIVISÃO ADMINISTRATIVA – 2017;

Número de distritos administrativos 4

Nome dos distritos administrativos Campina da Lagoa, Bela Vista do Piquiri, Herveira e Salles de Oliveira

Comarca a que pertence Campina da Lagoa

FONTE: IBGE (Distritos), TJPR (Comarca);

POSIÇÃO GEOGRÁFICA – 2017;

Altitude (metros) 610

Latitude 24 ° 35 ' 30 " S

Longitude 52 ° 47 ' 56 " W

FONTE: IBGE Posição

INDICADORES SOCIAIS;



Distribuição da população estimada, por sexo e faixa etária, ano 2010.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total	% Total
Menor 1 ano	125	107	232	1,50%
1 a 4 anos	405	401	806	5,23%
5 a 9 anos	573	573	1156	7,50%
10 a 14 anos	758	668	1426	9,26%
15 a 19 anos	710	710	1420	9,22%
20 a 29 anos	1005	1068	2073	13,46%
30 a 39 anos	1074	1163	2237	14,53%
40 a 49 anos	1070	1131	2201	14,29%
50 a 59 anos	816	871	1687	10,95%
60 a 69 anos	603	593	1196	7,76%
70 a 79 anos	339	313	652	4,23%
80 anos e mais	159	149	308	2,00%
Total	7647	7747	15394	100,0%

Fonte: IBGE

População ocupada segundo as atividades econômicas- 2010;

Atividades econômicas (CNAE – Domiciliar 2,0)	Nº de pessoas
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura.	2.479
Indústrias extrativas	12
Indústrias de transformação	356
Eletricidade e gás	25
Água esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação.	49
Construção	640
Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas.	1281
Transporte, armazenagem e correio.	214
Alojamento e alimentação	303
Informação e comunicação	35
Atividades financeiras de seguros e serviços relacionados	26
Atividades imobiliárias	09
Atividades profissionais científicas e técnicas	78
Atividades administrativas e serviços complementares	62
Administração pública defesa e seguridades social	349
Educação	424
Saúde humana e serviços sociais	186
Artes, cultura, esporte e recreação.	33
Outras atividades de serviços	145
Serviços domésticos	563
Atividades mal especificadas	169
TOTAL	7.438

Fonte: IBGE – Censo Demográfico – dados da Amostra



O município apresenta uma população de 15042 habitantes segundo IBGE censo 2010, destes 83,47% residem na zona urbana e 18,86% na zona rural. 64,16% se consideram de cor branca e 35,60% pardos. 23,25% referem algum tipo de deficiência, entre as mais citadas temos 71,58% deficiência visual e 38,65 deficiências física. Apresenta um percentual de 14% de idosos caracterizando o município com uma população em envelhecimento.

Com relação ao tipo de serviços em 1º lugar temos agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e agricultura, segundo - comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas, terceiro - construção e quarto - serviços domésticos.

2-Territorialização;

Territorialização é, de certo modo, o mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Tal processo pode ser executado por todos os profissionais da Equipe Saúde da Família. Outro aspecto relevante que visa continuidade da territorialização é atualização constante do cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação local. Neste contexto é necessária uma forma sistemática de organização e acesso aos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O reconhecimento desse território torna-se imprescindível para o reconhecimento da população e seus problemas de saúde, além de ser necessário para avaliação do impacto dos serviços realizados nos determinantes e condicionantes de saúde da população adscrito.

Foi realizado a nova demarcação a partir da área que já era delimitada pelo mapa das seis ESFs, e dois pontos de apoio (área rural).



Considerando a demarcação de território em futuras instalações de loteamento residencial.

A área (micro área) em um mapa deve constituir uma base para a demarcação como:

- Delimitação do território,
- Área de abrangência;
- Área e/ou micro áreas de risco,
- Equipamentos sociais públicos e privados.

3-Justificativa;

Com o levantamento de dados junto ao sistema de prontuário eletrônico E-SUS utilizado desde o ano de 2016 pelas equipes de saúde, observamos no início da atual gestão (2021-2025), que há uma divergência de informações entre dados digitalizados, dados SISAB e dados de coleta in-loco. Tais como: ficha cadastro individual e territorial.

Após tal levantamento iniciou-se a elaboração deste projeto, com capacitações dos profissionais das equipes (médicos, Agentes de Saúde, Enfermeiras, Auxiliares, Equipe Núcleo de Apoio Saúde da Família), levantamento sócio demográfico e situacional condição/saúde individualmente com cada equipe, junto aos cadastros que cada agente de saúde possui. Considerando que cada agente conhece sua área de abrangência, identificando as áreas de risco e vulnerabilidade social pelo tempo de atuação.

Após dados elaboramos uma planilha com situação populacional. A idealização da nova divisão foi pensada a partir do modelo de financiamento do SUS – PREVINE BRASIL (Portaria 2.979 de 12 de Novembro de 2019), implantado pelo Governo Federal.

E ainda enfatizando a importância do



cadastramento/acompanhamento total das famílias/indivíduos, a coerência no trabalho realizado por toda a equipe de saúde e também pela produção (prontuário PEC) e acompanhamento da equipe com a população adscrito, conforme novo método de avaliação através dos Indicadores de Desempenho.

4 – Objetivo;

Reorganizar e melhorar a qualidade de atendimento das Equipes de Estratégia Saúde da Família do Município de Campina da Lagoa-PR, através da reestruturação do processo de territorialização das áreas de cobertura da unidade urbana e rural.

4.1 - Objetivos específicos;

- a) Territorializar as atividades por microáreas;
- b) Instituir as microáreas com corresponsabilidades dos Agentes Comunitários de Saúde;
- c) Aumentar a efetividade das ações de promoção, proteção específica, recuperação e reabilitação da saúde, junto as equipes;
- d) Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo instrumentos de gestão entre os níveis;
- e) Garantir forma descentralizada os atendimentos com fácil acesso, e reconhecimento dos “pontos” de atendimento para os usuários;
- f) Assegurar efetividade dos cadastros de área de abrangência, delineando a situação territorial de cada equipe. Conforme necessidade de programa de registro ESUS;
- g) Implementar o método de classificação de risco familiar/individual usando instrumento Escala de Coelho Savassi (em anexo).

5-Elaboração;

O reconhecimento desse território é um processo básico para a



caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Sendo caracterizada por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse território apresenta, portanto, muito mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Nessas bases territoriais, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e cabendo ao gestor municipal, junto com as equipes de saúde, definir a base territorial de acordo com a realidade no aspecto geográfico, cultural, social e perfil epidemiológico. Estes agentes constituem o principal elo entre a comunidade e os serviços de saúde, sendo corresponsáveis pelas ações e informações vindas da sua área de abrangência, e embora realizem ações comuns, há atividades específicas a cada um deles, que embora distintas, se complementam.

A elaboração dessa planilha foi realizada pela secretaria municipal de saúde, que permite avaliação do território com agravos preenchidos pelos agentes comunitários, coletado nas visitas domiciliares (dados referentes setembro 2021). Após levantamento e preenchimento das fichas (individuais e territoriais), cada equipe de ESF apresentou os dados ao gestor municipal.

Segue abaixo os dados de cada área do ESF urbano e rural.

5.1 - Planilha de dados;

	ESF 01	ESF 03	ESF 04	ESF 07	ESF 09	ESF 10
Pessoas	2.608	1.951	1.789	2.318	3.360	3.485



cadastradas						
Total geral						15.511

FONTE: Dados *in-loco*, setembro de 2021.

	ESF 01	ESF 03	ESF 04	ESF 07	ESF 09	ESF 10
Pessoas cadastradas	3.053	1.991	1.413	3.471	3.462	3.562
Total geral						16.952

FONTE: Dados SISAB, 2º quadrimestre de 2021.

	ESF 01	ESF 03	ESF 04	ESF 07	ESF 09	ESF 10
Pessoas cadastradas	3.203	2.377 (Cnes:725 6078) 2.410 (Cnes: 2731525) Total: 4.787	2.177	1.440 (Cnes:065 7660) 2.865 (Cnes: 2731525) Total:4.30 5	2.107 (Cnes: 0657660) 4.085 (Cnes: 2731525) Total: 6.192	5.112
Total geral						25.776

FONTE: Dados ESUS 2º quadrimestre de 2021.

Após confrontar os dados seguindo os relatórios disponíveis para registro, observamos que há uma discrepância entre os mesmos, considerando a mudança de unidade de saúde, no mês de abril/2021 das Equipes referências ESF03, ESF07 E ESF09.

Analizamos também que há uma falha na coleta e registro de dados dos cadastros individuais e territoriais, pela maior parte dos agentes de saúde e ainda falta de supervisão dos coordenadores das equipes.

Considerando esta falha, as áreas de risco, vulnerabilidade e situações de diferenças populacionais entre as equipes. Iniciou-se plano para reorganizar a estruturação das equipes de estratégia saúde da família.



Após essa demarcação, foi apresentado o mapa para as enfermeiras coordenadoras e após os ACS, para que eles também pudessem dar opiniões e esclarecer dúvidas sobre as áreas demarcadas. As reuniões foram produtivas e importantes para todo esse processo de territorialização.

Segue abaixo imagem da nova redivisão das áreas urbanas, rurais e pontos de apoio.



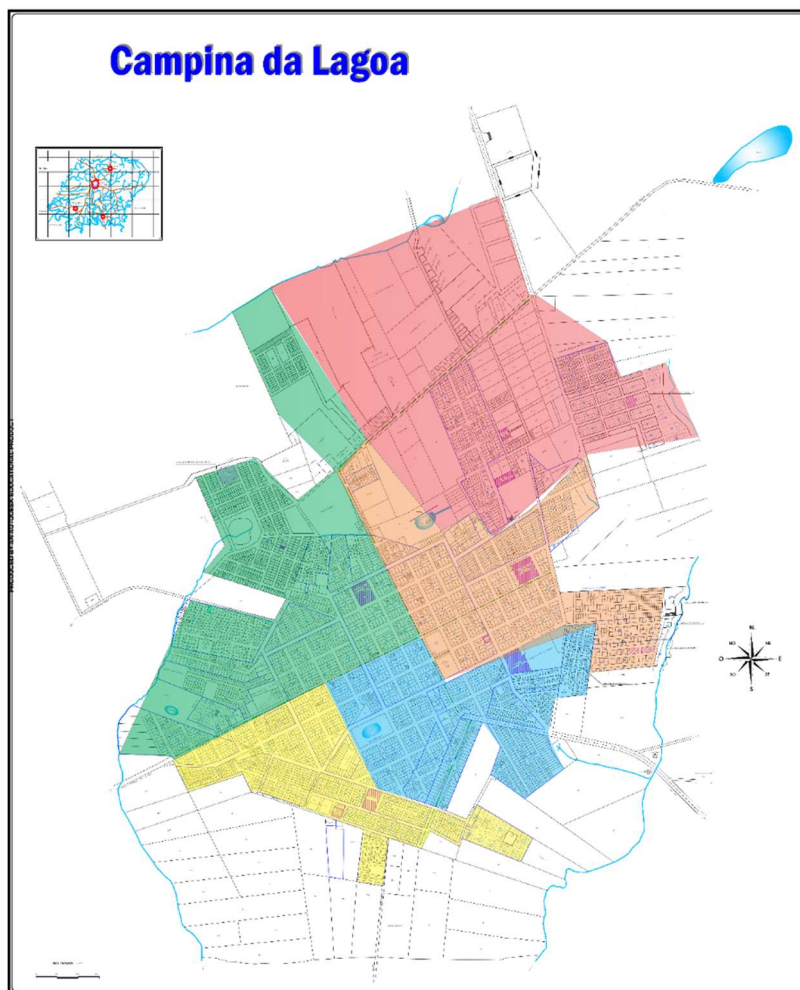
SECRETARIA DA
SAÚDE

CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

6 - Mapa com a Nova Territorialização 2021;

PRODUCED BY AN AUTODESK EDUCATIONAL PRODUCT



PRODUCED BY AN AUTODESK EDUCATIONAL PRODUCT



7 – METAS;

- a) Manter em 100% atualizados os cadastros das famílias e tipos de imóveis dentro de cada território;
- b) Obter 100% das micro áreas referenciadas pelos agentes comunitários de saúde;
- c) Atender demanda preconizada em relação às Famílias e Imóveis inspecionados, objetivando ações pontuais para a prevenção e promoção a saúde;
- d) Garantir acompanhamento dos indivíduos das áreas de abrangência, de forma contínua, eficaz e igualitária;
- e) Obter os parâmetros de avaliação e acompanhamento de desempenho do Previne-Brasil;

8- ASPECTOS ÉTICOS;

Por se tratar de um plano de intervenção e utilizar dados de domínio público não terá implicações éticas.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS;

Com a territorialização esse processo permitiu acessibilidade de vínculos entre os usuários e profissionais para que possam ter uma visão holística do espaço onde atuam e trabalham para a promoção da saúde.

A nova territorialização apresenta cinco áreas urbanas e uma área rural. Também contendo dois pontos de apoio, um ficando a cargo de uma área urbana e outro de uma área rural com 100% de cobertura da população, essa mudança permite e proporciona um conhecimento das particularidades do território e da população local, além de estreitar a relação entre a equipe e a população, bem como, atuação diária dessas equipes tornando mais direcionadas para os fatores



de risco, facilitando, assim, o acompanhamento longitudinal das famílias adscrito.

Contudo, após nova atualização da área de cobertura, percebeu-se a necessidade de reestruturar todas as equipes, adequar conforme a portaria da PNAB e melhorar o atendimento a população. Os mapas descritivos e a produção da planilha contendo todos os dados tornou-se uma ferramenta imprescindível para a otimização do trabalho da gestão e das equipes de Saúde da Família/ESF.



10-Referencias;

Disponível na página na <http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Cadernos-municipais> - acessado no dia 10 de Setembro de 2021.

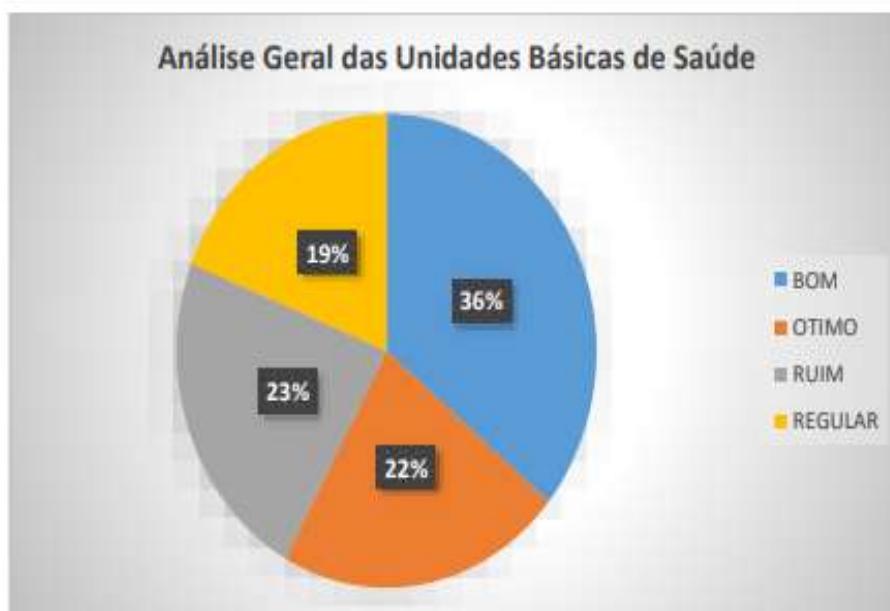
1. **Brasil. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Disponível no **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO** – Publicado em: 13/11/2019 | Edição: 220 | Seção: 1 | Página: 97 Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro - PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019.
3. Grácia M. M. Gondim 1, Maurício Monken 2, Luisa Iñiguez Rojas 3, Christovam Barcellos 4, Paulo Peiter 5 , Marli Navarro 6 , Renata Gracie O território da Saúde: **A organização do sistema de saúde e a territorialização.** Disponível no http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf, na data 10 de Setembro de 2021.
4. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/> no dia 25 de outubro de 2021.



Gráfico 01 dos anexos - Pesquisa de satisfação da população quanto aos serviços prestados pela Secretaria de Saúde de Campina da Lagoa, no período de janeiro a junho de 2023.

* As Unidade de Saúde de Salles de Oliveira (ESF 04), assim como as dos distritos de Herveira e Bela vista do Piquiri, não houveram manifestação dos usuários.

Após esta pesquisa a equipe apresentou uma análise geral dos resultados obtidos



As caixinhas das pesquisas estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, colabore com nossa pesquisa.

Fonte: <https://www.campinadalagoa.pr.gov.br/documentos/arquivos/44.pdf>

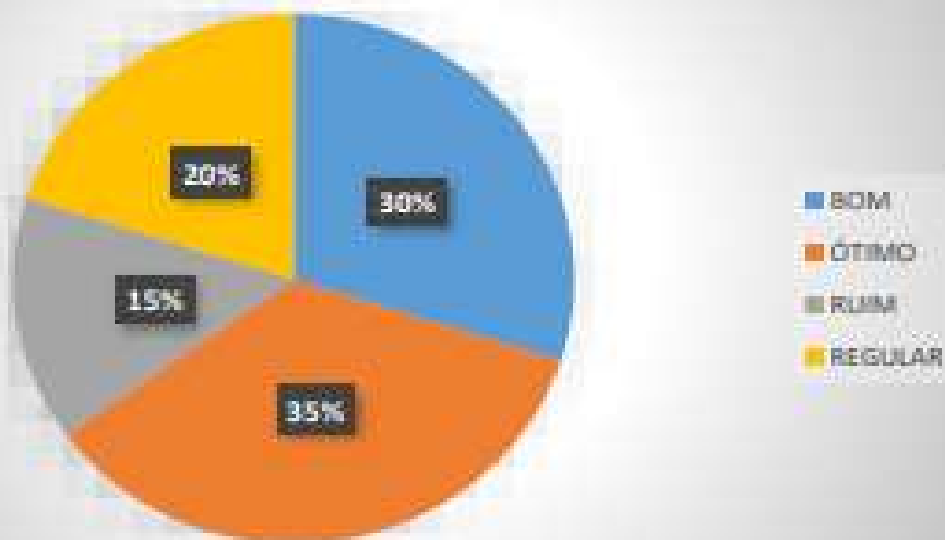


SECRETARIA DA
SAÚDE

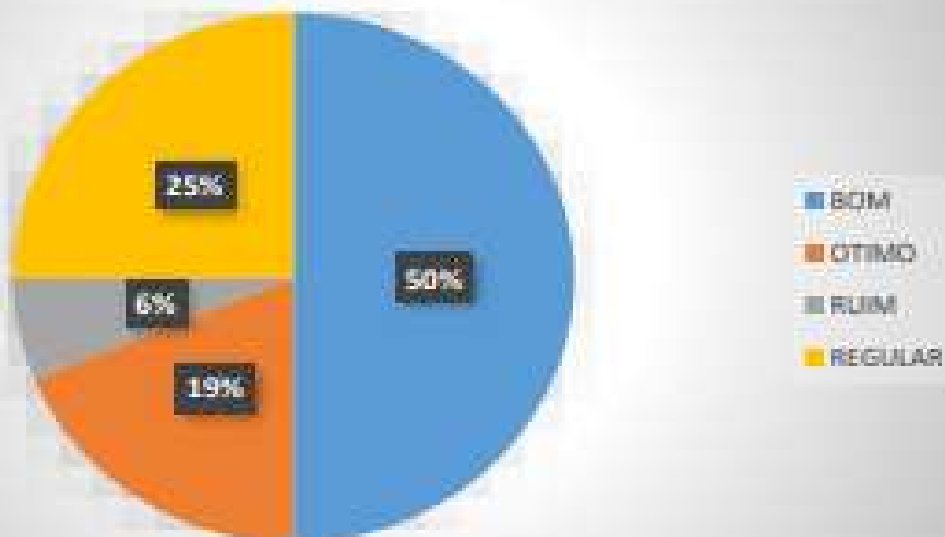
CAMPINA DA LAGOA-PR

Gestão 2021 a 2024

Unidade Básica de Saúde Eugênio Barbão ESF 10;



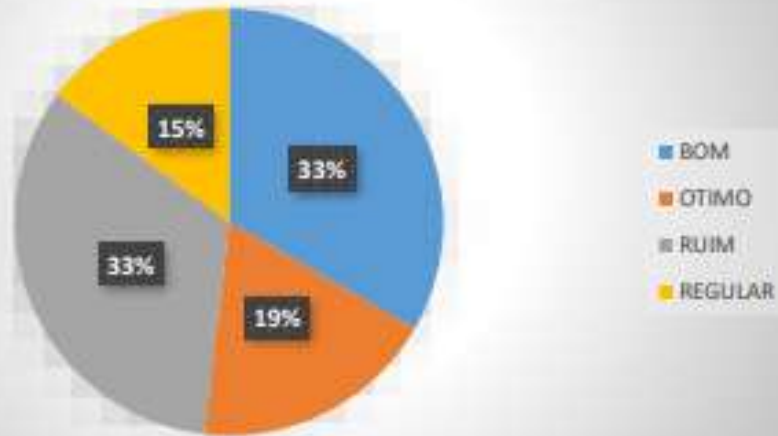
Unidade Básica de Saúde UAPSF Celina Soares ESF 03;



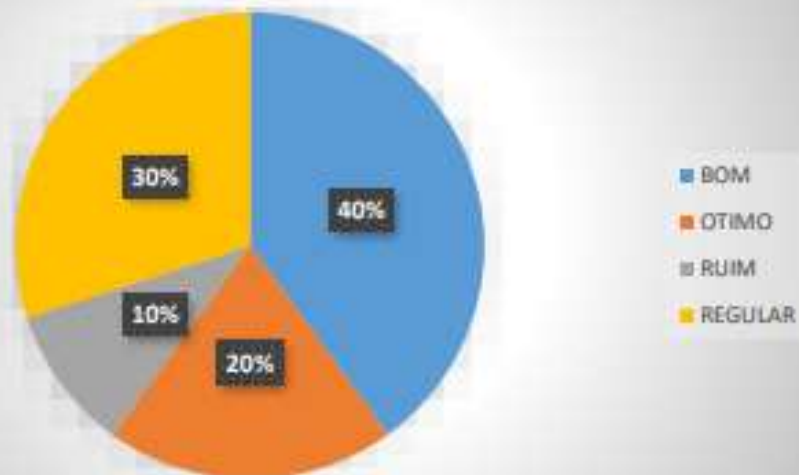
Fonte: <https://www.campinadalagoa.pr.gov.br/documentos/arquivos/44.pdf>



Unidade Básica de Saúde Iracema Rodrigues Soares dos Santos, lotado os ESF 07 e 09;



Unidade Básica de Saúde Sônia Matesco (ESF 01);



Fonte: <https://www.campinadalagoa.pr.gov.br/documentos/arquivos/44.pdf>