

Manual de  
**GERENCIAMENTO  
LOCAL DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE  
DO DISTRITO FEDERAL**

Manual GSAP

DISTRITO FEDERAL - OUTUBRO, 2021

**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**  
**SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**GERÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**



**DISTRITO FEDERAL**  
**OUTUBRO, 2021**

## **PROGRAMA QUALIS APS**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde  
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde  
Coordenação da Atenção Primária à Saúde  
Diretoria da Estratégia Saúde da Família  
Gerência de Estratégia Saúde da Família  
Gerência de Apoio à Saúde da Família  
Gerência de Qualidade da Atenção Primária

O Programa Qualis APS tem por objetivo cooperar no processo de qualificação da gestão e da assistência, visando à melhoria dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. É viabilizado por meio de convênio da Secretaria de estado de Saúde do Distrito Federal com a Fiocruz Brasília e conta com a colaboração de pesquisadores da Universidade de Brasília - UnB.

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

Gerência Regional de Brasília (Gereb/Fiocruz Brasília)

## **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO EM SAÚDE (FIOTEC)**

# **MANUAL DE GERENCIAMENTO LOCAL DA APS/DF**

## **COORDENAÇÃO GERAL**

Gerência de Estratégia Saúde da Família

## **ELABORAÇÃO**

Aclair Alves F. Dallagranna  
Ana Silvia Pavani Lemos  
Elisandro Moura Athanazio  
Elizel Monteiro dos Santos

Evelyn de Britto Dutra  
Fernando Erick Damasceno Moreira  
Geandro de Jesus Dantas  
Lorena Natália dos Santos Mota

Mariana Ramos Rodrigues  
Raquel Vaz Cardoso  
Ricardo Saraiva Aguiar

## **COLABORAÇÃO**

Adriene Resende Alves  
Ana Francisca Kolling  
Andreisson de Carvalho Souza  
Angela Maria Sacramento  
Aline Couto César  
Aline Helou C. de Barros  
Aurea Sakr Cherulli  
Beatriz Balby Gandra  
Brenno Alves Nery  
Bruno Mariano Alves Pereira  
Cristian da Cruz Silva  
Dayane Serpa  
Débora Cristina da S. Fernandes  
Denise Leite Ocampos  
Fabiane Lima Simões  
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti  
Fernanda Oliveira Raslan Veríssimo  
Fernanda Santana  
Gabriel Franke Viégas  
Gisele Miziael  
Janaina de Oliveira  
Jéssica Pessoa

Jéssica Procópio  
Juliana Martins Ramalho  
Julia Zgiet  
Karla Silva Lira  
Karime da Fonseca Porto  
Kleverson Gomes de Miranda  
Leilane Correia de Moraes Mateus  
Lídia Glasieille de Oliveira Silva  
Liliane Aparecida Menegotto  
Lillian Medeiros  
Lívia Cristina Bandeira Ramos  
Lívia Maria A. Coelho de Souza  
Livia Vasco Mota  
Lorrany Santos Rodrigues  
Lucas Pirineus Patti  
Ludmilla Alckmin de Araújo  
Marina Fernandes do Prado  
Marina Pissurno do Nascimento  
Marcelo Augusto do Amaral  
Márcia Vieira  
Maria Panisson Kaltbach Lemos  
Mirlene Guedes de Lima

Nathállia Resende de Melo Barbosa  
Núbia dos Passos Falco  
Patrícia Belém Parreiro  
Patrícia de Castro Mendonça Queiroz  
Pollyanna Cristina M. de Zalazar  
Regiane Costa Martins dos Reis  
Renata Mercêz da Silva  
Rivaldo Rodrigues G. Duarte  
Rosângela Silva  
Roseli de Jesus L. da Luz Santos  
Sandra Araújo de França  
Sara da Silva Meneses  
Simone Kathia de Souza  
Steyce Raphaelle Morais Nunes  
Sumara de Oliveira Santana  
Suyan Themoteo  
Tâmara Correia Alves Campos  
Thaís Alessa Leite  
Thaís Barbosa de Oliveira  
Valéria Leite  
Wallace dos Santos  
Wendy Rayanne Fernandes dos Santos

## ÁREAS COLABORADORAS OU PARTICIPANTES NA CONSULTA PÚBLICA

Gerência de Qualidade na Atenção Primária	Gerência de Vigilância de Infecções Sexualmente Transmissíveis
Gerência de Apoio à Saúde da Família	Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis e de Transmissão Hídrica e Alimentar
Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais	Núcleo de Rede de Frio
Gerência de Práticas Integrativas em Saúde	Núcleo de Serviço de Verificação de Óbitos
Gerência de Saúde do Sistema Prisional	Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde
Gerência de Apoio à Organização de Serviços de Atenção Primária	Gerência de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho
Gerência de Normalização de Serviços de Atenção Primária	Gerência de Controle de Frequência e Escala
Gerência do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	Diretoria de Administração de Profissionais
Gerência de Odontologia	Gerência de Administração de Profissionais
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde	Unidade Setorial de Correição Administrativa
	Unidade Setorial de Ouvidoria

## Arte da Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Phillipe Alves Lepletier (NEAD/EGF/Fiocruz Brasília)

## Revisão

Erick Guilhon (NEAD/EGF/Fiocruz Brasília)

Filipe do Nascimento Lopes (NEAD/EGF/Fiocruz Brasília)

## Edição: 1ª Edição, 2021.

## Fotos

Breno Esaki

Geovana Albuquerque

Mariana Raphael

Matheus Oliveira Brito

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Juliana Bermudez Souto de Oliveira – CRB1/2697)

S446 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.

169 p.; il.; color.

ISBN 978-85-8432-075-2

1. Saúde pública. 2. Atenção primária à saúde. 3. Servidor público. 4. Profissional de saúde. I. Título.

CDU 614.39(81)  
CDD 363.10981

## LISTA DE SIGLAS

**ADMC:** Administração Central da SES/DF

**COAPS:** Coordenação de Atenção Primária à Saúde

**DIRAPS:** Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde

**DIVAL:** Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde

**DIVEP:** Diretoria de Vigilância Epidemiológica

**Divisa:** Diretoria de Vigilância Sanitária

**DISAT:** Diretoria de Saúde do Trabalhador

**eSB:** Equipes de Saúde Bucal

**eSF:** Equipes de Saúde da Família

**ESF:** Estratégia Saúde da Família

**FEPECS:** Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

**GAP:** Gerência de Áreas Programáticas de Atenção Primária à Saúde

**GCET:** Gratificação por Condições Especiais de Trabalho

**GEAQ:** Gerência de Acesso e Qualidade em Atenção Primária à Saúde

**GENF:** Gerência de Enfermagem

**GERPIS:** Gerência de Práticas Integrativas em Saúde

**GESFAM:** Gerência da Estratégia Saúde da Família

**GIABS:** Gratificação de Incentivo às Ações Básicas de Saúde

**GMOV:** Gratificação de Movimentação

**GPMA:** Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação

**GSAP:** Gerência de Serviços de Atenção Primária

**GSAPP:** Gerência de Serviços de Atenção Primária Prisional

**GTIT:** Gratificação de Titulação

**NCAIS:** Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS

**NGC:** Núcleo de Gestão de Custos

**NVEPI:** Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização

**PDPIS:** Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde

**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica

**RAS:** Redes de Atenção à Saúde

**SAIS:** Secretaria de Atenção Integral à Saúde

**SIS:** Sistema de Informação em Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**UBS:** Unidades Básicas de Saúde

# SUMÁRIO

<b><u>APRESENTAÇÃO</u></b> .....	<b>10</b>
<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	<b>11</b>
<b><u>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL</u></b> .....	<b>13</b>
<u>ATENÇÃO PRIMÁRIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO DF</u> .....	16
<u>POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DF</u> .....	19
<u>UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)</u> .....	23
<u>HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DAS UBSS E O PROGRAMA SAÚDE NA HORA</u> .....	24
<u>EQUIPES DE SAÚDE ATUANTES NA APS DO DF</u> .....	26
<u>INFRAESTRUTURA DAS UBS</u> .....	27
<u>IDENTIDADE VISUAL DA UBS</u> .....	29
<u>PROGRAMAS E INICIATIVAS DA APS/DF</u> .....	29
<b><u>GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL</u></b> .....	<b>30</b>
<u>GESTÃO DE NÍVEL CENTRAL: COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (COAPS)</u> ....	31
<u>GESTÃO DE NÍVEL REGIONAL: DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (DIRAPS)</u> .....	33
<u>GESTÃO DE NÍVEL LOCAL: GERÊNCIA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (GSAP) E PRISIONAL (GSAPP)</u> .....	35
<u>ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (GSAP)</u> .....	36
<u>OUTROS TRABALHADORES DA GESTÃO LOCAL</u> .....	37
<u>ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE PRISIONAL (GSAPP)</u> .....	38
<b><u>PROCESSOS GERENCIAIS</u></b> .....	<b>41</b>
<b><u>GESTÃO DE PESSOAS</u></b> .....	<b>42</b>
<u>SAÚDE LEGAL</u> .....	42
<u>VIDA FUNCIONAL DO SERVIDOR</u> .....	43
<u>ESCALAS</u> .....	43
<u>TRATAMENTO DE FOLHA DE FREQUÊNCIA</u> .....	43
<u>FÉRIAS, FOLGAS E ABONOS</u> .....	46
<u>LICENÇAS, ATESTADOS E AFASTAMENTOS</u> .....	47
<u>AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO</u> .....	50
<u>SOLICITAÇÃO DE TRABALHO POR PERÍODO DEFINIDO (TPD)</u> .....	51
<u>AUXÍLIOS</u> .....	51
<u>GRATIFICAÇÕES</u> .....	52
<u>RESTRIÇÃO LABORAL E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA</u> .....	53
<u>INFRAÇÕES DISCIPLINARES</u> .....	54
<u>DOCUMENTOS OFICIAIS</u> .....	56
<u>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELACIONADOS À GESTÃO DE PESSOAS</u> .....	57
<u>GESTÃO DE CONFLITOS</u> .....	59

<u>ASSÉDIO MORAL</u>	60
<u>ASSÉDIO SEXUAL</u>	61
<u>COMO DIFERENCIAR O ASSÉDIO MORAL DOS ATOS DE GESTÃO</u>	62
<u>SAÚDE DO TRABALHADOR</u>	62
<u>TELETRABALHO</u>	62
<u>MAIS MÉDICOS</u>	63
<u>VOLUNTARIADO NA UBS</u>	63
<u>ESTÁGIOS</u>	64
<b>GESTÃO ADMINISTRATIVA</b>	<b>65</b>
<u>SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS DE ALMOXARIFADO</u>	65
<u>FARMÁCIA - CONTROLE E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE</u>	66
<u>DISPENSAÇÃO DE INSUMOS PARA PESSOAS COM NECESSIDADE DE CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE (BEXIGA NEUROGÊNICA)</u>	69
<u>PEDIDO DE SUBSTITUIÇÃO DE CILINDRO DE OXIGÊNIO</u>	69
<u>CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)</u>	69
<u>QUEDA DE ENERGIA</u>	70
<u>LAVANDERIA</u>	70
<u>TRANSPORTE DE INSUMOS E MATERIAIS</u>	70
<u>LEVANTAMENTO E PASSAGEM DE CARGA PATRIMONIAL</u>	70
<u>MANUTENÇÃO E REFORMA PREDIAL</u>	71
<u>DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DE DEMANDA (DOD)</u>	71
<u>PROGRAMA DE DESCENTRALIZAÇÃO PROGRESSIVA DE AÇÕES DE SAÚDE (PDPAS)</u>	72
<u>SOLICITAÇÃO DE RECEITUÁRIO ESPECIAL</u>	72
<u>EXECUÇÃO DE CONTRATOS E ATESTO</u>	73
<u>FLUXO PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS</u>	74
<u>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELACIONADOS À GESTÃO DE MATERIAIS E INSUMOS</u>	75
<u>SOLICITAÇÃO DE HORÁRIO ALTERNATIVO DA UBS</u>	76
<b>GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b>	<b>77</b>
<u>AUTOGERENCIAMENTO DO TRABALHO</u>	77
<u>RESPONSABILIDADE TÉCNICA</u>	89
<u>COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA APS</u>	90
<u>ACESSO, ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</u>	92
<u>ACOLHIMENTO NAS UBSP</u>	95
<u>ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DAS EQUIPES</u>	98
<u>ATENDIMENTOS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR</u>	99
<u>COORDENAÇÃO DE EQUIPE</u>	100
<u>GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO EM ENFERMAGEM</u>	101
<u>GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO EM ODONTOLOGIA</u>	101
<u>GESTÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO</u>	102

<u>NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)</u>	102
<u>ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE</u>	104
<u>ATENÇÃO DOMICILIAR</u>	105
<u>TELECONSULTA</u>	107
<u>REUNIÕES DE EQUIPE DA ESF</u>	107
<u>COLEGIADO DA UBS</u>	108
<u>COLEGIADOS AMPLIADOS COM A COMUNIDADE</u>	108
<u>GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL</u>	109
<u>CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL</u>	109
<u>OUVIDORIA</u>	110
<u>EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)</u>	112
<u>MATRICIAMENTO</u>	113
<u>ENSINO E PESQUISA</u>	114
<u>SEGURANÇA DO PACIENTE</u>	115
<u>CARTEIRA DE SERVIÇOS DA APS/DF</u>	116
<u>PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE (PIS)</u>	117
<u>ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO VULNERÁVEL</u>	117
<u>DIREITOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS COM DEMANDAS PARA A SAÚDE</u>	118
<u>TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO</u>	127
<u>INTERSETORIALIDADE NA APS</u>	130
<u>PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO NA APS</u>	131
<u>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO</u>	132
<u>PRINCIPAIS INDICADORES</u>	133
<u>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</u>	135
<u>E-SUS APS</u>	135
<u>REGISTRO DE VACINAS NO E-SUS</u>	137
<u>SALA DE SITUAÇÃO</u>	138
<u>CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)</u>	138
<u>IDENTIFICADOR NACIONAL DE EQUIPE (INE)</u>	139
<u>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN)</u>	140
<u>SISTEMA DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS (CADSUS)</u>	140
<u>SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SI-PNI)</u>	140
<u>DIRETORIA DE SAÚDE DO TRABALHO (DISAT)</u>	141
<u>VIGILÂNCIA EM SAÚDE</u>	141
<u>SALA DE VACINA</u>	141
<u>NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA</u>	149
<u>VIOLÊNCIA NA APS</u>	150
<u>ÓBITOS NA APS</u>	151
<u>SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG)</u>	154

<u><a href="#">CONSIDERAÇÕES FINAIS</a></u>	.....	<b>156</b>
<u><a href="#">AGRADECIMENTOS</a></u>	.....	<b>158</b>
<u><a href="#">REFERÊNCIAS</a></u>	.....	<b>160</b>

O Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ou “Manual GSAP” é um instrumento para contribuir para a qualificação e organização da rotina do gerenciamento local da Atenção Primária. O uso dos conteúdos compilados neste documento, juntamente com as normativas mais atualizadas pelas áreas técnicas responsáveis, não dispensam, assim, a necessidade de consulta aos canais oficiais de informação, como:

- <http://www.saude.df.gov.br/>
- [http://wiki.saude.df.gov.br/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](http://wiki.saude.df.gov.br/index.php/P%C3%A1gina_principal)
- <http://info.saude.df.gov.br/>
- Sistema Eletrônico de Informação (SEI)
- Intranet SES da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Para enviar sugestões, retificações e outras contribuições, por favor, entre em contato pelo email [gesfam.desf@saude.df.gov.br](mailto:gesfam.desf@saude.df.gov.br)

## APRESENTAÇÃO

A gestão de um serviço de saúde envolve diversos e complexos desafios, que se relacionam com as competências e habilidades requeridas para o desempenho das ações e com a natureza e amplitude dos serviços prestados. A saúde é um direito fundamental do ser humano e possui um conceito amplo, que demanda um olhar apurado sobre seus condicionantes e determinantes.

Dessa forma, o trabalho na gestão de um serviço de saúde traz como necessidade o constante desenvolvimento e aprimoramento dessas competências e habilidades, principalmente quando nos referimos ao gerente da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que, para exercer tal função, é de grande importância o conhecimento sobre o perfil esperado para o desempenho das atribuições, além de conhecimentos diversos, tendo em vista a variedade e a complexidade das demandas atendidas na APS.

Nesse sentido, a Gerência de Serviços da Atenção Primária (GSAP) desenvolve funções relacionadas tanto aos atributos técnicos quanto aos comportamentais, traduzidos em diversas atividades voltadas: à organização dos processos de trabalho; às ações de recursos humanos e econômicos; ao planejamento e avaliação; às atividades técnico-administrativas; e, principalmente, ao controle sanitário.

Em face dos desafios encontrados pelos gerentes para garantir o direito à saúde, é necessário que eles tenham ao seu alcance ferramentas que lhes sirvam de apoio e que os auxiliem nas suas atividades do dia a dia.

Assim, após um mapeamento das principais necessidades encontradas pelos profissionais do Distrito Federal (DF), e buscando fortalecer o trabalho da GSAP, baseado fundamentalmente na cooperação horizontal, a Gerência de Estratégia da Saúde da Família (GESFAM), em cooperação com áreas técnicas da COAPS e SAIS, e parceria com os gestores representantes de cada Região de Saúde, com a colaboração de outras Subsecretarias (SUGEP e SVS) e outras áreas da Administração Central, inúmeras contribuições por consulta pública, e com o apoio do Programa Qualis APS, elaborou este “Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal”, o qual busca dar suporte à organização e à realização dos serviços ofertados nas regiões, de forma complementar às ações que já vêm sendo realizadas.

Portanto, apresentamos este documento como subsídio para consulta dos gerentes visando à melhoria e à organização de seu processo de trabalho diário à frente da GSAP e da GSAPP.

**Gerência da Estratégia Saúde da Família  
Diretoria da Estratégia Saúde da Família  
Coordenação de Atenção Primária à Saúde**



# INTRODUÇÃO

A saúde como um direito foi conquistada mediante reivindicações de variados setores da sociedade e, a partir de históricas lutas, passou a ser um dever do Estado e direito de todo cidadão brasileiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, compreende um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos públicos em todo o território nacional que atuam para a efetivação desse direito.

Por meio dos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade, o SUS trabalha toda a complexidade da saúde do indivíduo, uma vez que esta não se trata apenas da ausência de doenças. Para uma breve conceituação dos referidos princípios, detalha-se que: a universalidade implica o acesso de toda a população aos serviços de saúde; a equidade compreende as demandas de cada pessoa de forma singular, uma vez que as pessoas se diferem entre si, oportunizando acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde; por fim, a integralidade considera um conjunto de serviços capaz de produzir cuidado pleno, de modo a atender às necessidades individuais e da população (BRASIL, 1988).

Para a organização de todo o sistema de saúde, o Brasil conferiu à Atenção Primária à Saúde (APS) a responsabilidade de coordenar o cuidado e ordenar o fluxo nos serviços de saúde, em consonância com a lógica das diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade no SUS.

Mesmo diante das diversas interpretações da APS, é possível sistematizá-la como uma estratégia de organização do sistema de saúde, sendo ela também a base para as Redes de Atenção à Saúde

(RAS) e a porta de entrada principal para os usuários que desejam acessar os serviços do SUS (MENDES, 2011).

Além disso, a APS apresenta a longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural como atributos essenciais; e resolubilidade, comunicação e responsabilização como funções. Mendes (2012) reforça que só haverá uma APS em perfeito funcionamento se todos os atributos e funções forem cumpridos.

Para apoiar a organização da APS, existem os modelos de atenção à saúde, que, segundo Gil e Maeda (2013), são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população. O Programa Saúde da Família (PSF) é um exemplo desses modelos.

O PSF foi criado em 1994 com o objetivo de efetivar os princípios universalidade, integralidade e equidade, além de contrapor os modelos convencionais, reestruturar o sistema de saúde e organizar a APS (BRASIL, 2010a). Posteriormente, no ano de 2006, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF foi estendido em todo o país e estabelecido nacionalmente como **Estratégia Saúde da Família (ESF)** (BRASIL, 2006).

A PNAB consolidou a ESF como modelo de atenção prioritário da APS no Brasil, estabelecendo como diretrizes: o acolhimento, a classificação de risco, a resolutividade, a territorialização, o trabalho em equipe, a adscrição da clientela, a garantia de acesso e a ordenação da rede.

Ao contrário dos modelos hegemônicos, especificamente o modelo convencional, voltado para problemas agudos e focado no indivíduo, a ESF foi inspirada nas **resoluções da Alma-Ata**

(OMS, 1978) e reafirmou os princípios e as diretrizes do SUS, propondo-se a superar os problemas decorridos dos modelos biomédicos e atender aos agravos da mudança do perfil epidemiológico da população (FERTONANI *et al.*, 2015).

As equipes de Saúde da Família (eSF) são multidisciplinares e têm a finalidade de cumprir as premissas fundamentais da ESF, com foco na saúde, trabalhando com a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde em situações agudas ou crônicas, o cuidado individual e a abordagem coletiva, com o olhar para toda a família e vínculo contínuo com o usuário.

De acordo com a recente revisão da **PNAB de 2017**, as equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas minimamente de médico, preferencialmente da especialidade de medicina da família e comunidade; de enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; de auxiliar e/ou técnico de enfermagem; e de agente comunitário de saúde (ACS). Recomenda-se, ainda, a incorporação dos profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) e agente de combate às endemias (ACE) (BRASIL, 2017b).

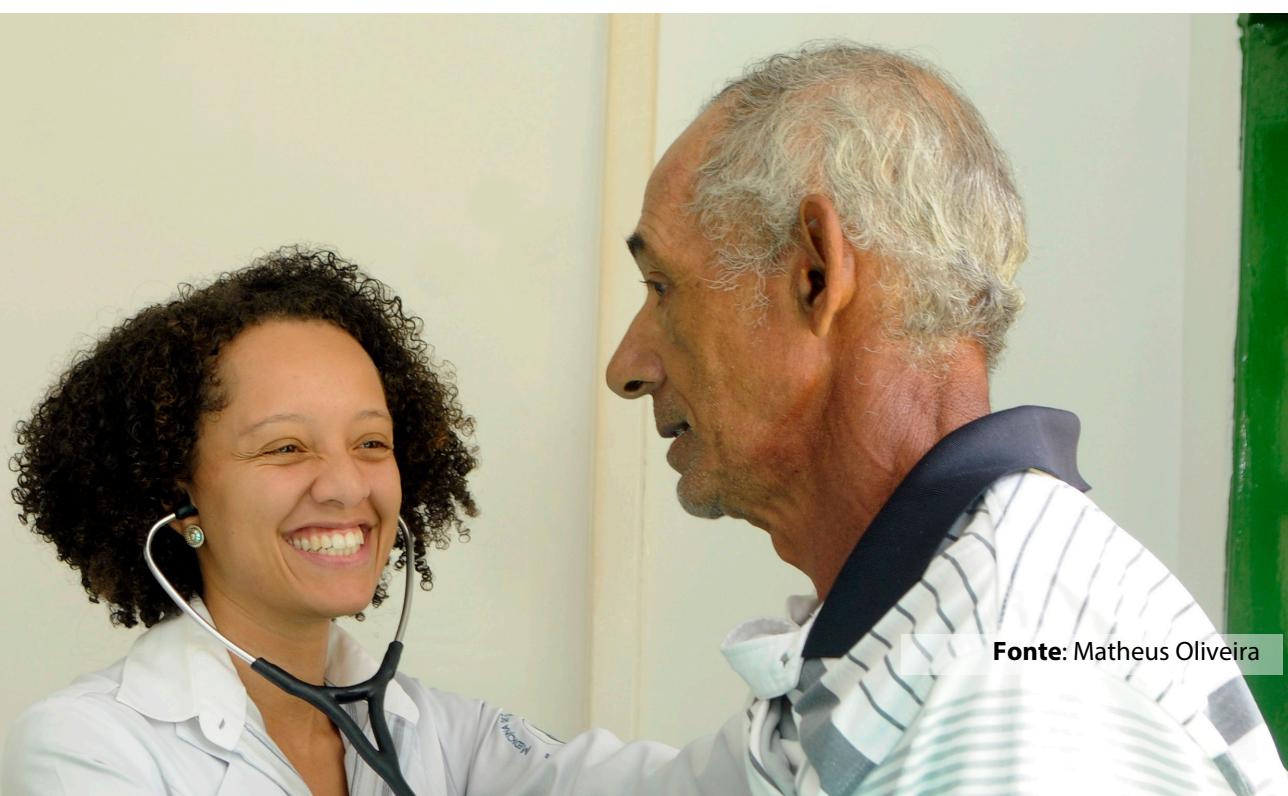
A **PNAB de 2017** trouxe como inovação a normatização do cargo de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS), recomendando a sua inclusão como forma de “contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho e fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das

equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial” (Art. 4.2.5). Foram descritas no documento **quinze atribuições gerenciais**, que ressaltam o papel estratégico desse trabalhador para a efetividade do cuidado em saúde.

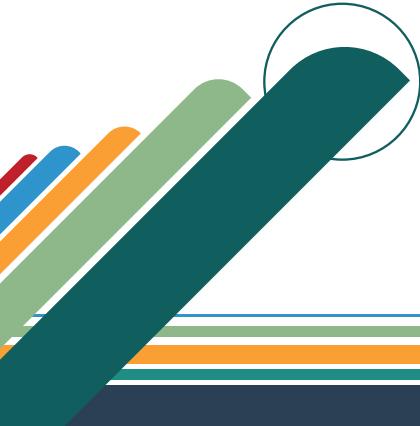
Atualmente, os gestores da APS possuem como demanda uma atenção especial nos processos de planejamento, avaliação e monitoramento das atividades desenvolvidas pela UBS, visando a ações estratégicas às populações vulneráveis de seu território, conforme propõe o **Programa Previne Brasil**, o qual reformula o modelo de financiamento da APS.

Esse programa pretende, também, avaliar o desempenho da APS a partir de indicadores em saúde que colocam as pessoas no centro do cuidado e responsabiliza os gestores e profissionais da saúde pelas pessoas que assistem. Dessa forma, é importante que seja discutida a estruturação do cuidado e como avaliar a qualidade desse cuidado, fundamentando a proposta do presente documento.

Com isso, torna-se fundamental a adoção do “Manual de Gerenciamento Local da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal” pelas Regiões de Saúde. Espera-se, com esse documento, apoiar os gerentes e demais trabalhadores que atuam na gestão local da APS na qualificação do seu processo de trabalho, de forma a promover maior satisfação, eficiência e resolubilidade no cuidado à saúde no Distrito Federal (DF).



**Fonte:** Matheus Oliveira



# ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL



Fonte: Matheus Oliveira

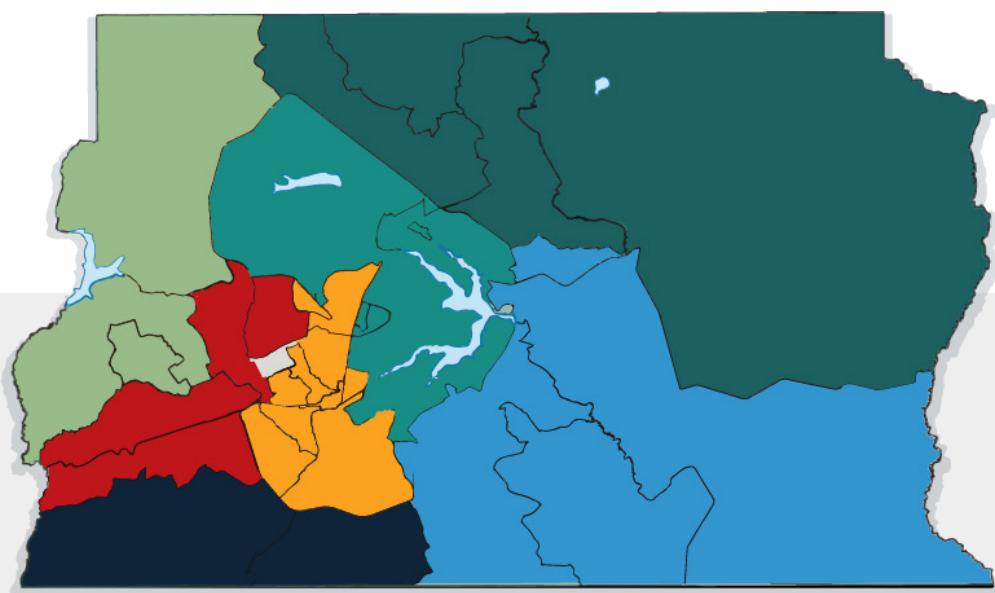
O Distrito Federal (DF) é uma Unidade da Federação em que está localizada a capital do Brasil, Brasília. A cidade foi originalmente projetada para uma população de 500.000 pessoas, porém, com sua grande expansão no sentido centro-periferia, hoje conta com uma população estimada de 3.015.268 pessoas, segundo dados do IBGE de 2019.

Além dos próprios moradores, o DF recebe uma demanda nos serviços por parte da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal (RIDE-DF). A RIDE-DF é formada atualmente por 33 (trinta e três) municípios e o Distrito Federal, sendo 29 (vinte e nove) municípios pertencentes ao Estado de Goiás e quatro pertencentes ao Esta-

do de Minas Gerais; por estarem geograficamente distantes da sua capital, procuram o DF para suprir suas demandas. Segundo dados da DIVEP, a população da Ride em 2014 era de 1.277.600 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2016).

O DF se difere dos outros entes da federação na sua forma de organização e acumula para si responsabilidades da esfera estadual e da esfera municipal. Desse modo, para desenvolver suas atribuições no âmbito da saúde, atualmente o DF está estruturado em sete Regiões de Saúde, que comportam as 33 Regiões Administrativas (figura a seguir).

## DISTRIBUIÇÃO DAS REGIÕES ADMINISTRATIVAS POR REGIÕES DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL



- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia, Sol Nascente/Pôr do Sol e Brazlândia;
- Região de Saúde Central: Plano Piloto, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste/Octogonal, Lago Sul;
- Região de Saúde Centro-sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA)/Estrutural;
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Arriqueiras, Recanto das Emas e Samambaia;
- Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião;
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018a.

Como órgão do Poder Executivo do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) se responsabiliza pela organização e elaboração das políticas públicas que garantam a saúde da população por meio da promoção e assistência à saúde e prevenção de doenças e agravos.

Dessa forma, é função da SES/DF dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, tudo isso proporciona maior qualidade de vida aos moradores do DF.

## MISSÃO:

Garantir ao cidadão acesso universal à saúde mediante atenção integral e humanizada.

## VISÃO:

Ser um sistema de saúde que a população conheça, preze e confie, sendo excelência e referência na atenção integral à saúde, apresentando os melhores indicadores de saúde do país.

## VALORES:

Valorização do servidor, ética, compromisso, respeito e humanização.

**Fonte:** SES-DF, 2020.

### SAIBA MAIS:

[Regimento Interno da SES/DF.](#)

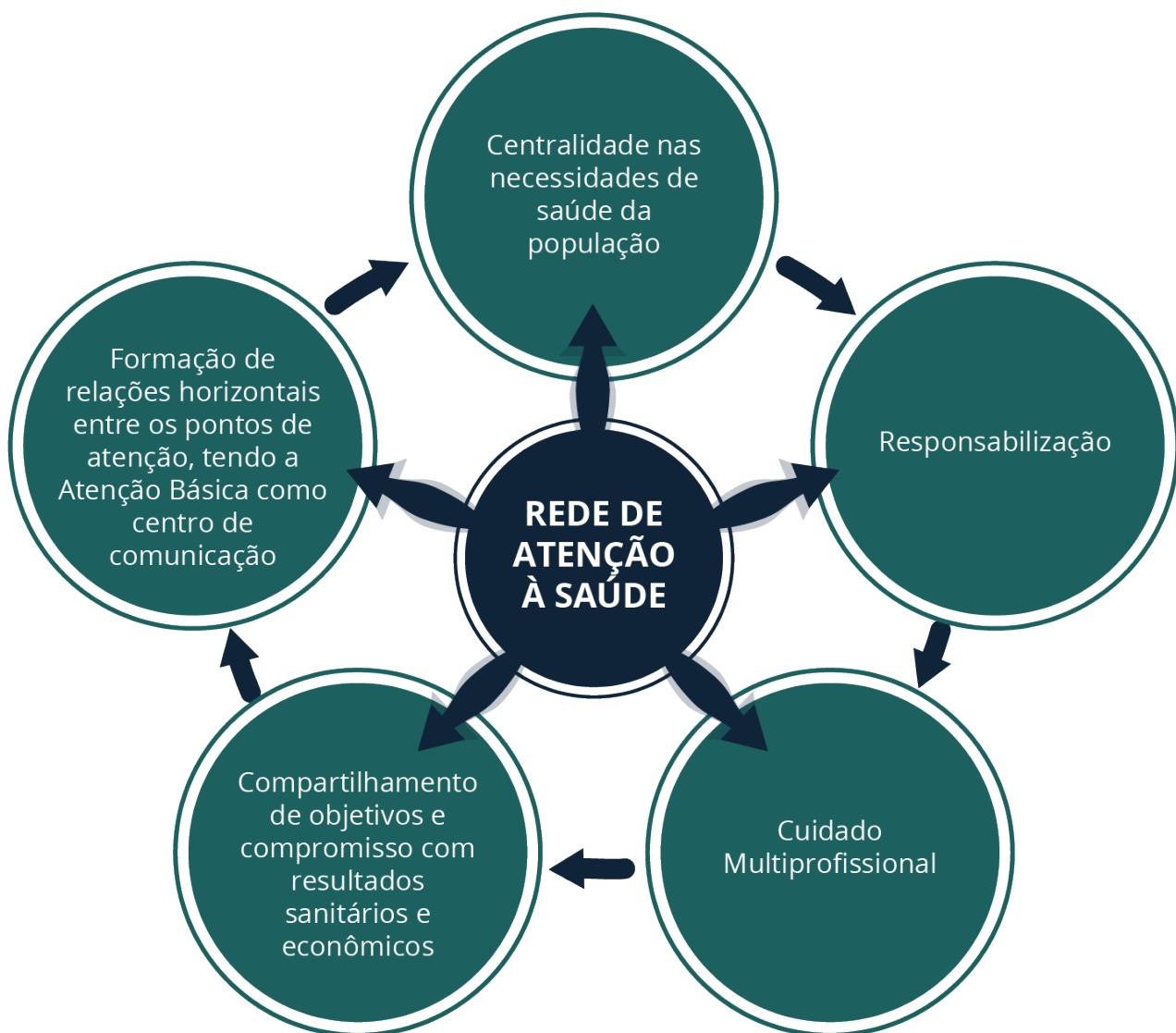
# ATENÇÃO PRIMÁRIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO DF

De acordo com a [Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017](#), as RAS se caracterizam como organizações de ações e serviços de saúde, das mais diversas densidades e complexidades de tecnologia, que se integram, dando mutuamente apoio técnico, logístico e de gestão, buscando, assim, garantir a integralidade do cui-

dado. Essa portaria foi criada a partir de um acordo tripartite entre o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

Assim, a APS ocupa um papel estratégico dentro das RAS.

## ATRIBUTOS E FUNÇÕES DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



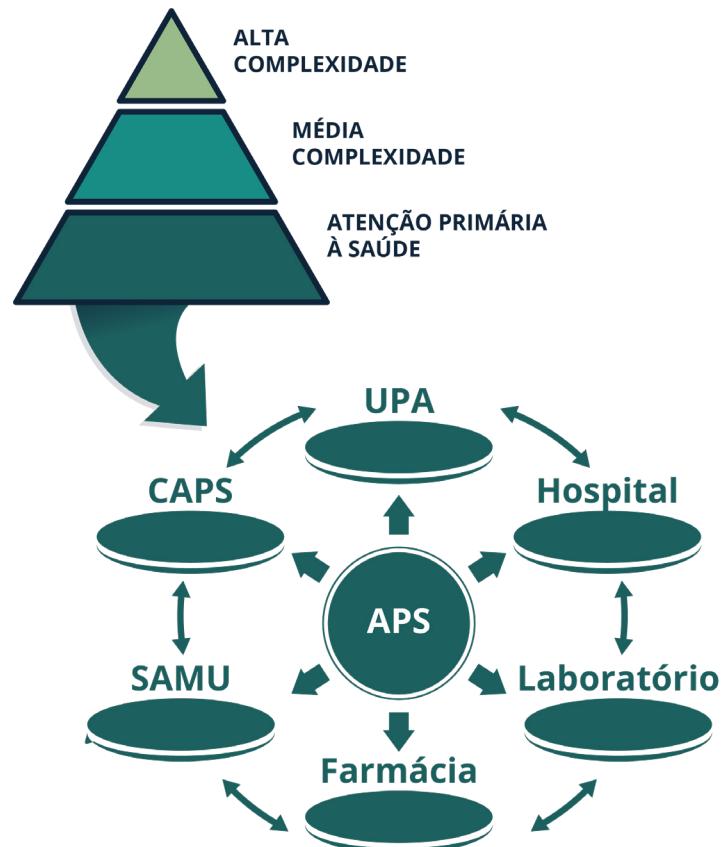
**Fonte:** adaptado de Mendes, 2011

# FUNÇÕES DA APS NA RAS

<b>SER BASE</b>	Ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária.
<b>SER RESOLUTIVA</b>	Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, clínica ampliada, construção de vínculos, ampliação de autonomia de indivíduos e grupos e intervenções clínica e sanitárias efetivas.
<b>COORDENAR O CUIDADO</b>	Elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Ser o centro de comunicação entre os pontos de atenção, sendo responsável pelo cuidado dos usuários em qualquer desses pontos por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada para alcançar a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando com as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.
<b>ORDENAR AS REDES</b>	Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades para outros pontos de atenção à saúde visando que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

**Fonte:** adaptado de Brasil, 2020.

## TRANSFORMAÇÃO DO MODELO HIERÁRQUICO PARA O SISTEMA DE RAS



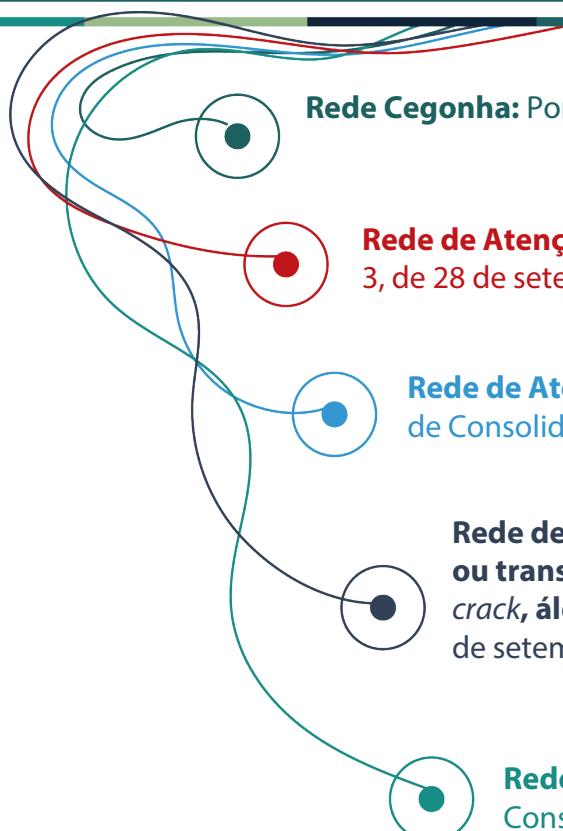
Com a necessidade de aumentar a integralidade do cuidado e de diminuir a fragmентаção, os níveis de atenção passaram de um modelo hierárquico para o sistema de RAS, poliárquico, em que os dispositivos de saúde se integram, tendo a APS como ordenadora do cuidado (MENDES, 2011).

**Fonte:** adaptado de Mendes, 2011.

Nesse sentido, após publicação da portaria que organiza o SUS em RAS e pactuações tripartites, foram estabelecidas as redes temáticas prioritárias, em 2011 e 2012, que devem estar organizadas a partir das necessidades de enfrentamento de

vulnerabilidades, agravos ou doenças que afetem a população. Em 2017, essas redes foram consolidadas pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, são elas:

## REDES TEMÁTICAS DO SUS



**Rede Cegonha:** Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

**Rede de Atenção às Urgências e Emergências:** Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

**Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:** Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

**Rede de Atenção Psicossocial (para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas):** Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

**Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência:** Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.

**Fonte:** adaptado de Brasil, 2014c.

### SAIBA MAIS:

Livro: [As Redes de Atenção à Saúde - Eugênio Vilaça](#)

Diretrizes para Organização da RAS

Livro: [A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde - Conass](#)

## POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DF

A organização da APS no DF passou por mudanças de modelo de atenção à saúde nas últimas décadas (GOTTEMS et al., 2019). A mais recente teve como proposta a sua reorientação e fortalecimento, levando em consideração a necessidade de promover adaptações alinhadas com o contexto vigente. Nesse sentido, em 2016, foi lançado o Programa Brasília Saudável, que trazia como premissa o fortalecimento da APS no DF e previa a adoção de um novo modelo.

Assim, considerando a recomendação da PNAB, o DF, por meio da [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), estabeleceu a nova Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, que se fundamenta inteiramente pelo modelo ESF

e suas diretrizes, consolidada por meio da [Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018](#).

Tal reforma trouxe uma mudança no arco-bouço normativo que propiciou a ampliação do número de equipes de ESF (reordenamento de profissionais atuantes na APS, mudanças nas especialidades médicas e admissão de novos profissionais), reorientação dos processos de trabalho dos profissionais em eSF, normalização das unidades de APS que passaram a ser Unidades Básicas de Saúde (UBSs), bem como reforma administrativa na gestão da APS nos níveis central, regional e local.

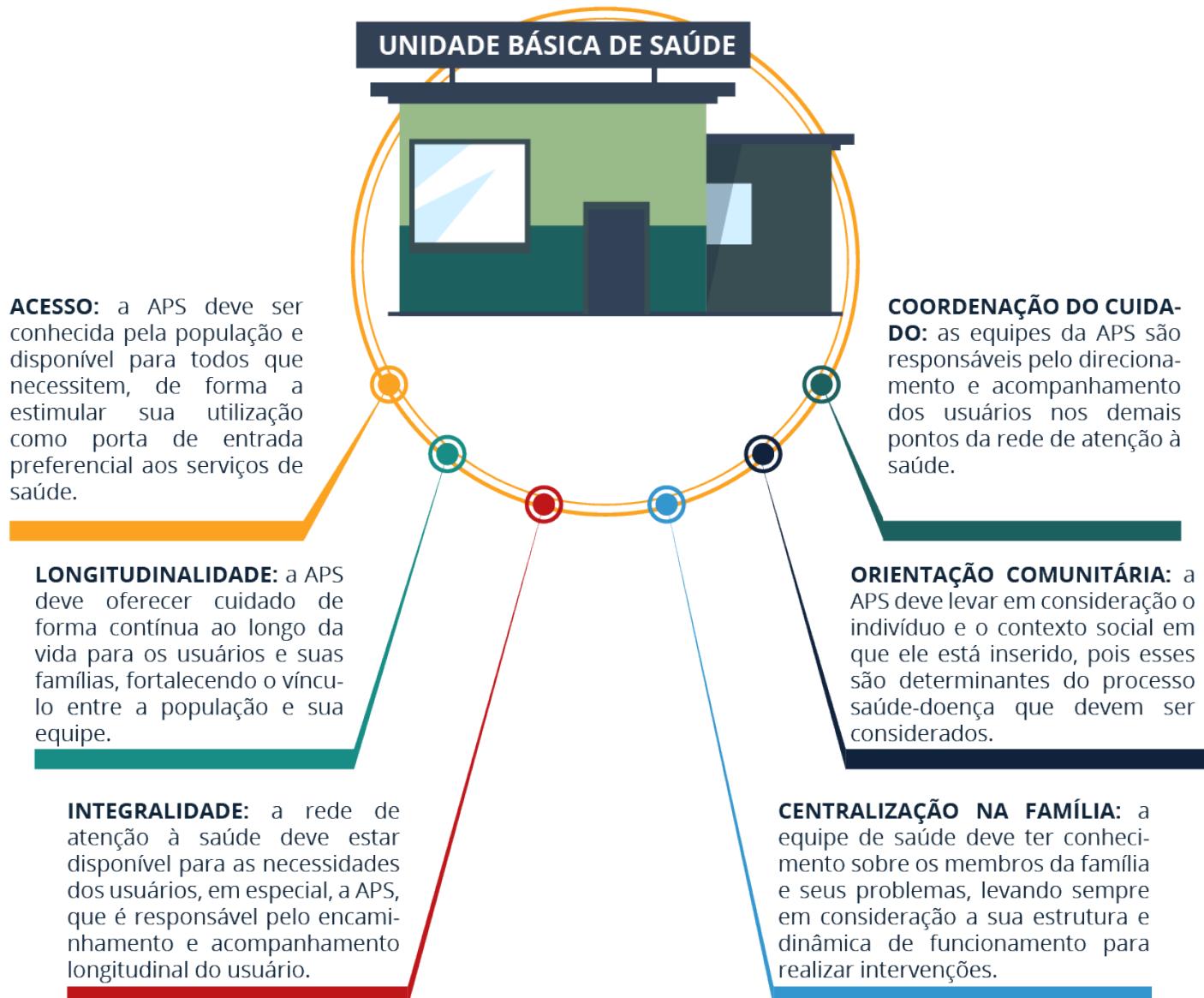
A [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), traz a seguinte definição da APS:

**"A APS, também denominada atenção básica à saúde, é o conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde, desenvolvidas por meio de práticas gerenciais e sanitárias realizadas em equipe e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade."**

E, sobre a ESF, dispõe:

**"Saúde da família é a estratégia de orientação do modelo de APS baseada em equipes multiprofissionais de composição mínima preestabelecida, que atuam em unidades básicas de saúde e são responsáveis por uma população definida, localizada em uma área geográfica delimitada, proporcionando atenção integral com fortalecimento do vínculo, foco na pessoa e alta resolutividade."**

## PRINCÍPIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO DISTRITO FEDERAL



**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2017.

# Diretrizes da ESF no DF

<b>Acolhimento:</b>	Ato de receber e escutar as pessoas que procuram as unidades de saúde, como mecanismo de ampliação e facilitação do acesso, devendo ocorrer sempre em qualquer contato do cidadão com a unidade de saúde, independentemente do motivo da busca pelo serviço.
<b>Classificação de risco:</b>	Processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada, utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.
<b>Resolutividade:</b>	As equipes são responsáveis por resolver 85% ou mais das demandas de saúde da população dentro da APS, buscando capacitar-se continuamente e procurando instrumentos para exercer as competências indispensáveis e atender à sua população de forma integral, em função de seu perfil social e epidemiológico, e direcionando os pacientes a outros pontos de atenção à saúde somente quando estritamente necessário.
<b>Territorialização:</b>	Metodologia utilizada para definir a abrangência de atuação dos serviços para adequar o modelo assistencial ao perfil populacional, com base no reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de acesso às ações a aos serviços de saúde.
<b>Adscrição da clientela:</b>	Cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão.
<b>Garantia de acesso:</b>	A organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequado às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento.
<b>Ordenação da rede de saúde:</b>	As equipes devem conhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, cabendo-lhes ordenar a demanda em relação aos outros pontos de atenção à saúde, organizando os fluxos da atenção ou do cuidado e contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2017.



**Fonte:** Matheus Oliveira

# UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBSs)

De acordo com a [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), todos os estabelecimentos de saúde da APS serão denominados UBSs.

Informações sobre as UBSs podem ser acessadas pela Sala de Situação do DF:

<http://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao/cidadao-ubs-unidades-basicas-de-saude/>

## TIPOS DE UBS



### Unidade Básica de Saúde tipo 1 (UBS 1):

Unidades com uma a três equipes de Saúde da Família.



### Unidade Básica de Saúde tipo 2 (UBS 2):

Unidades com mais de três equipes de Saúde da Família.



### Unidade Básica de Saúde Prisional (UBSP):

São UBSs que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, em parceria com a Secretaria de Estado de Segurança Pública (SSP/DF) e a Secretaria de Administração Penitenciária (SEAPE/DF).



### Unidade Básica de Práticas Integrativas e Promoção da Saúde (UBS PIS):

Unidades voltadas para a atenção, ensino, pesquisa e matriciamento em PIS, para as demais equipes da Atenção Primária em saúde e ações de promoção da saúde integradas com outros níveis de atenção, podendo ser referência para uma ou mais regiões de saúde.



### Unidade Básica de Saúde Rural (UBS Rural):

Unidades localizadas em território classificado pelo Plano Diretor de Ordenamento Territorial do Distrito Federal (PDOT) como rural, que desenvolvem atividades de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2017.



**Fonte:** Breno Esaki

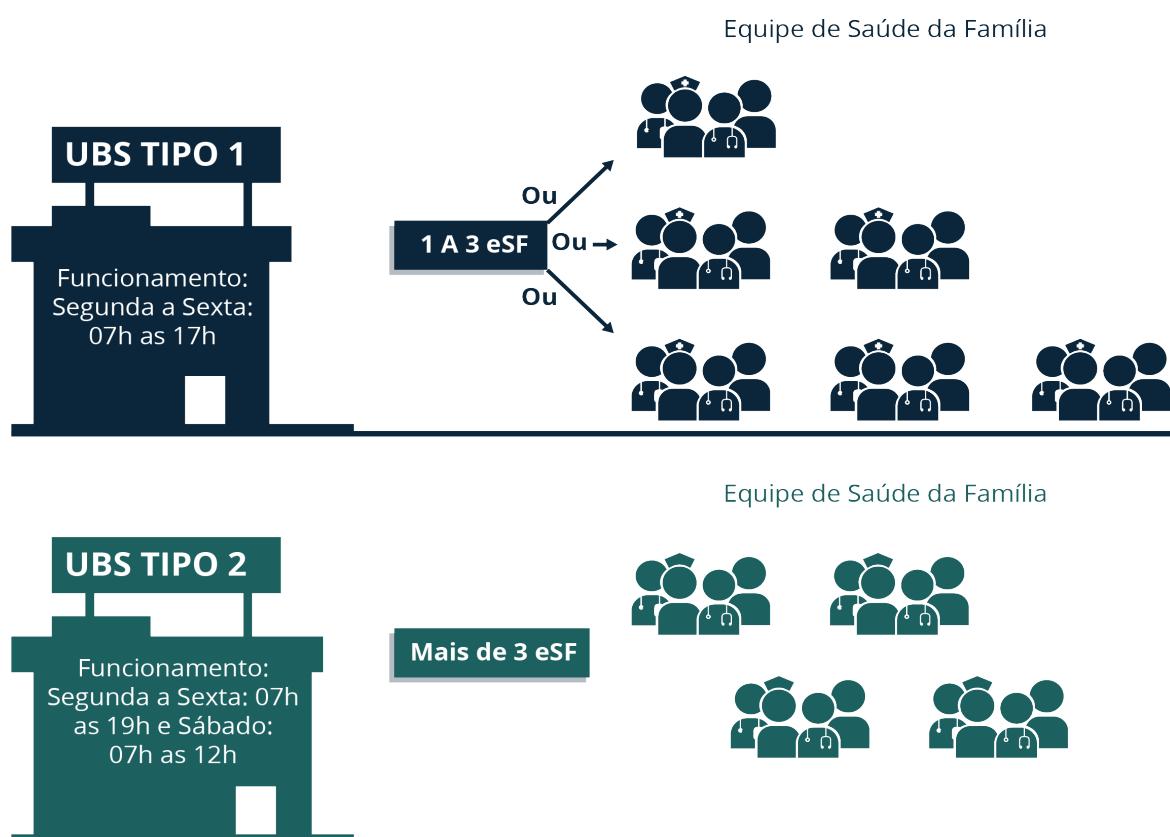
# HORÁRIO DE FUNCIONANDO DAS UBSs E O PROGRAMA SAÚDE NA HORA

Os dias e os horários de funcionamento das UBSs estão estabelecidos na [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#).

De forma geral, as UBSs do tipo 1 apresentam horário de funcionamento das 7h às 17h, de segunda a sexta-feira, e as UBSs tipo 2, das 7h às 19h, de segunda a sexta, e sábados das 7h às 12h.

A depender das características do território, da necessidade da população e de situações de contingenciamento de força de trabalho, as GSAPs podem requerer horário de funcionamento da UBS diverso daquele estabelecido na Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, desde que haja justificativa técnico-administrativa plausível e aprovação pela Superintendência e pelo Colegiado de Gestão da SES. Veja na seção "[GESTÃO ADMINISTRATIVA](#)".

## FUNCIONAMENTO DAS UBSs



**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2017.

Os horários de funcionamento das UBSPs poderão ser diferentes do previsto, a depender da Região de Saúde em que estão localizadas e considerando as características de cada serviço, mediante autorização prévia e por escrito do Superintendente da Região de Saúde, da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/SES e do Secretário de Administração Penitenciária, ratificada pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O DF aderiu ao Programa Saúde na Hora, do Ministério da Saúde, que visa à implantação do ho-

rário estendido de funcionamento nas UBSs, com o objetivo de ampliar a oferta de ações e serviços de saúde em horários mais flexíveis para a população, demanda espontânea e programada, mantendo-se a referência territorial das UBSs. As orientações sobre a adesão e o funcionamento do horário ampliado constam no site do Ministério da Saúde:

<https://egestorab.saude.gov.br/saude-nahora/visualizarEstabHomologadosPublico.xhtml#530010>

#### SAIBA MAIS:

[\*\*Veja aqui os horários de funcionamento de todas as UBSs.\*\*](#)



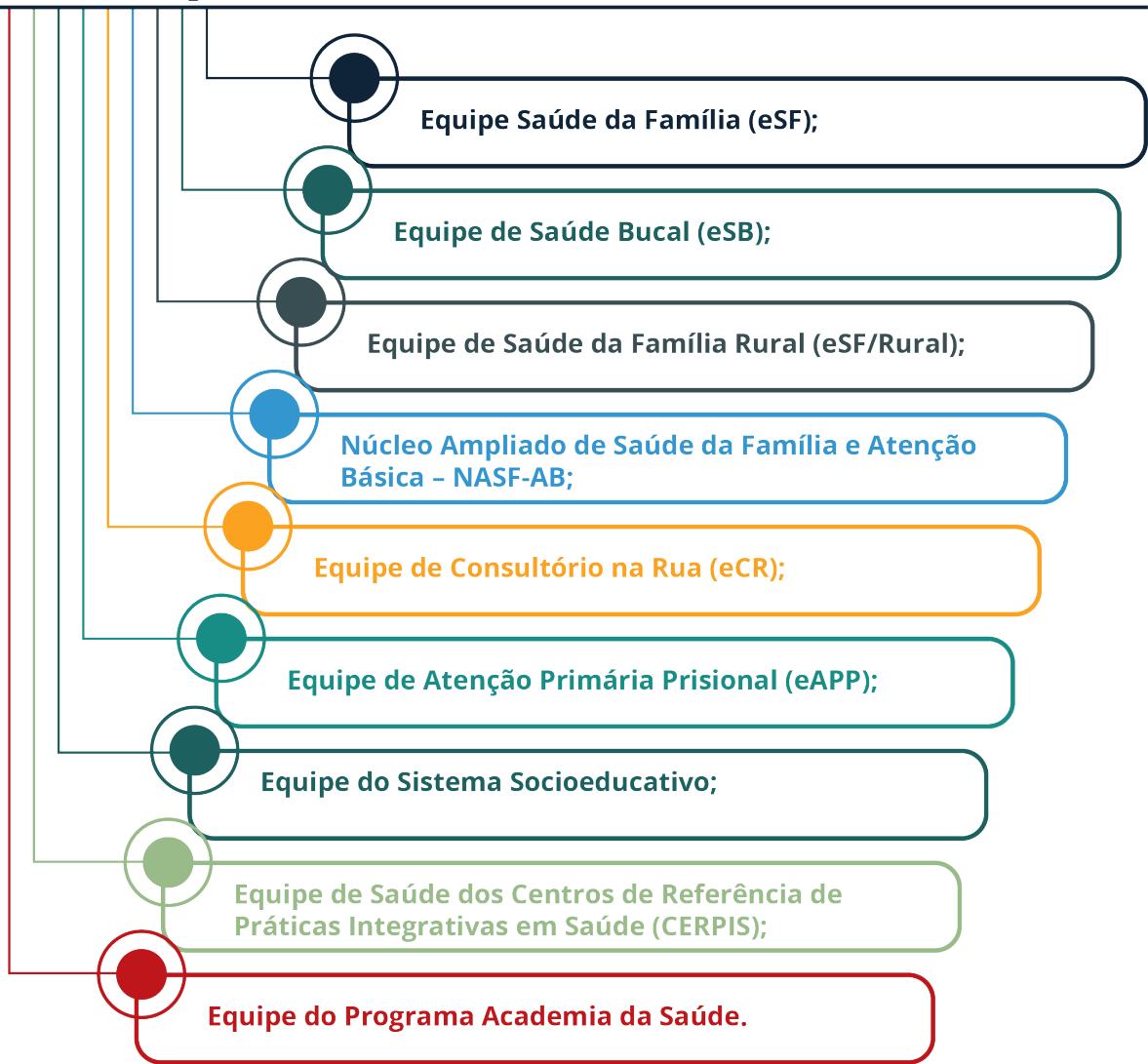
**Fonte:** Matheus Oliveira

## EQUIPES DE SAÚDE ATUANTES NA APS DO DF

No DF, a [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), preconiza a formação de equipes multiprofissionais que atuam em diversos pontos da rede, descritas a seguir.

Há previsão de outras equipes, como as equipes da sala de acolhimento (Nota Técnica SEI-GDF nº 2/2019 - SES/SAIS/COAPS, Doc. SEI/GDF 30525307) e equipes da sala de vacina.

### TIPOS DE EQUIPE



#### SAIBA MAIS:

[Manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para dimensionamento da rede.](#)

## INFRAESTRUTURA DAS UBSs

A SES/DF, em conhecimento do impacto positivo da adequação da infraestrutura das UBSs, vem investindo continuamente na aquisição de equipamentos e ajustes na ambiência. Como objetivo central, têm-se a construção e a reforma de UBSs, respeitando os requisitos das normas gerais de segurança sanitária e diretrizes do Ministério da Saúde.

No [Plano Distrital de Saúde, para o triênio 2020-2023](#), existe uma diretriz específica com esta finalidade: melhoria e modernização da estrutura física e tecnológica da SES/DF, com metas escalonadas para o período de vigência do plano.

Para além da estrutura física, as melhorias de ambiência trazem atenção acolhedora e humana,

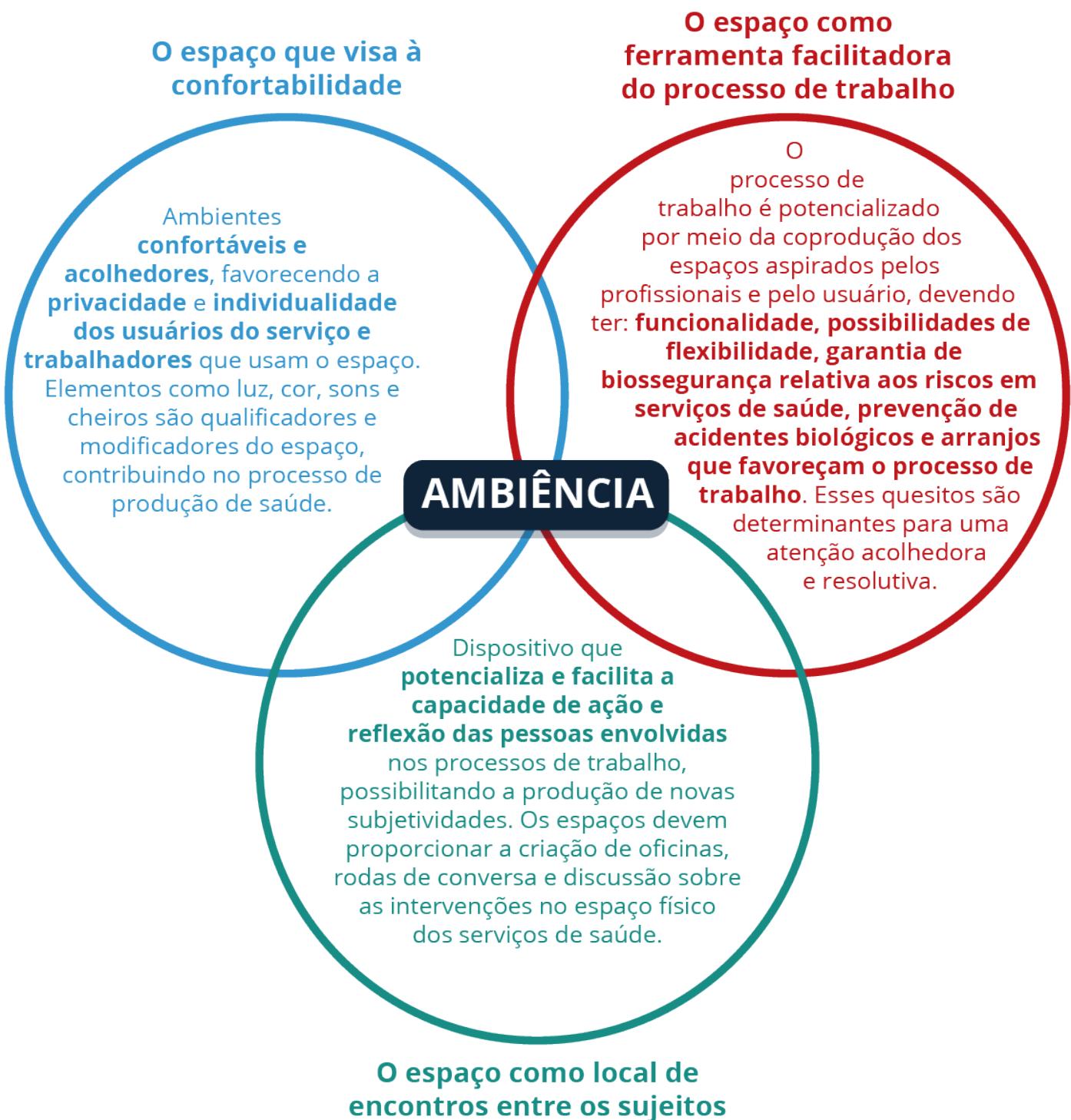
além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde. A ambiência na saúde compreende os espaços físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nesse sentido, é essencial que os serviços de saúde promovam acessibilidade e comunicação clara, que começam pelas sinalizações no interior das unidades.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Essa compreensão de ambiência como diretriz da Política Nacional de Humanização é norteada por **três eixos principais:**



Fonte: Breno Esaki

## PERSPECTIVAS DE ESPAÇO DA AMBIÊNCIA



**Fonte:** adaptado de Brasil, 2009.

## IDENTIDADE VISUAL DA UBS

A identidade visual de uma UBS possui um importante papel para a formação de vínculo com a população; dessa forma, é importante que seja “padronizada” para que possa se tornar uma espécie de “marca” que promova confiança e permita uma identificação facilitada pela população acerca do serviço. Além disso, é a primeira comunicação com os usuários e, por isso, é importante que esteja evidente e que expresse, de forma implícita e explícita, os conceitos relacionados à APS (DISTRITO FEDERAL, 2019).

Nesse sentido, para a padronização dessas informações, foi publicado o [Caderno de Informações Técnicas da Atenção Primária à Saúde do DF: Volume 3 – Identidade Visual](#), que visa a padronizar as UBSs e os espaços da APS desde a área externa da edificação a interna, uniformes e frotas.

### SAIBA MAIS:

[Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde](#)

## PROGRAMAS E INICIATIVAS DA APS/DF

**Planificação/PlanificaSUS:** tomando a APS como ação prioritária e organizadora de todo o sistema de saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) elaborou uma proposta para apoiar as equipes estaduais e municipais na implementação de estratégias para a organização dos macroprocessos e microprocessos da APS e da atenção ambulatorial especializada (BRASIL, 2011b). A proposta da planificação, com oficinas e atividades de dispersão, apresentada pelo Conass à SES é de construção coletiva de conhecimentos, facilitando a apropriação de conceitos e ferramentas da APS e adequando-os às características da realidade da população local (BRASIL, 2011b).

**Qualis APS:** o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (Qualis APS) é uma iniciativa da SES/DF, oficializada por meio do convênio tripartite entre a SES/DF, a Fiocruz Brasília e a FIOTEC, em parceria com a Universidade de Brasília (UnB). O objetivo geral do Qualis APS é a qualificação da gestão e da atenção à saúde, visando à melhoria dos serviços prestados na APS no DF. As ações previstas abarcam o desenvolvimento de sistemática de avaliação participativa para as equipes de saúde, a oferta de ações de Educação Permanente em Saúde para gestores e trabalhadores da APS, divulgação científica e estratégias de gestão da informação e do conhecimento no âmbito da SES/DF.



# GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

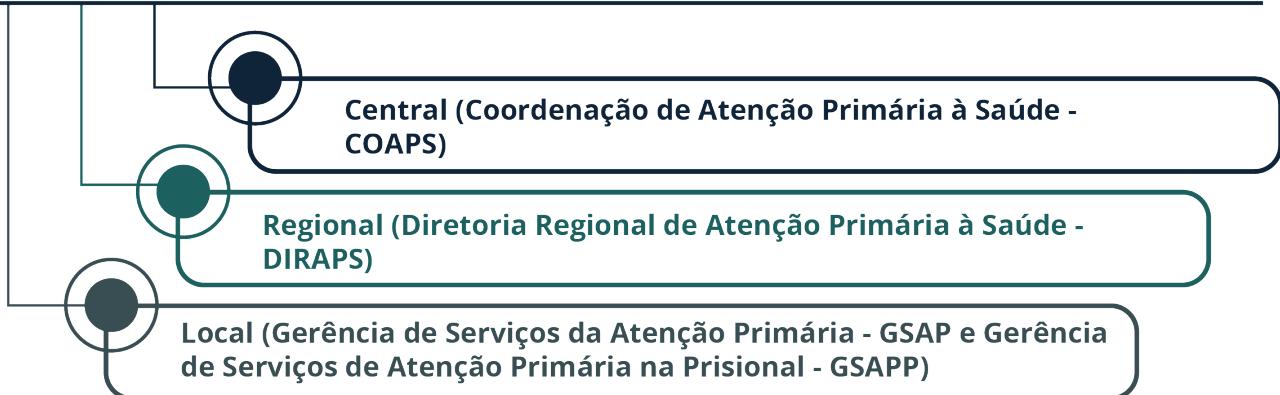


Fonte: Matheus Oliveira

A Política Distrital de Atenção Primária do Distrito Federal estabelece a participação de diversos atores no cuidado em saúde neste nível de atenção. Para que as ações, políticas e estratégias sejam im-

plementadas de forma efetiva e integrada em todas as regiões de saúde, estabeleceu-se uma gestão que atua em três níveis:

## NÍVEIS DE GESTÃO

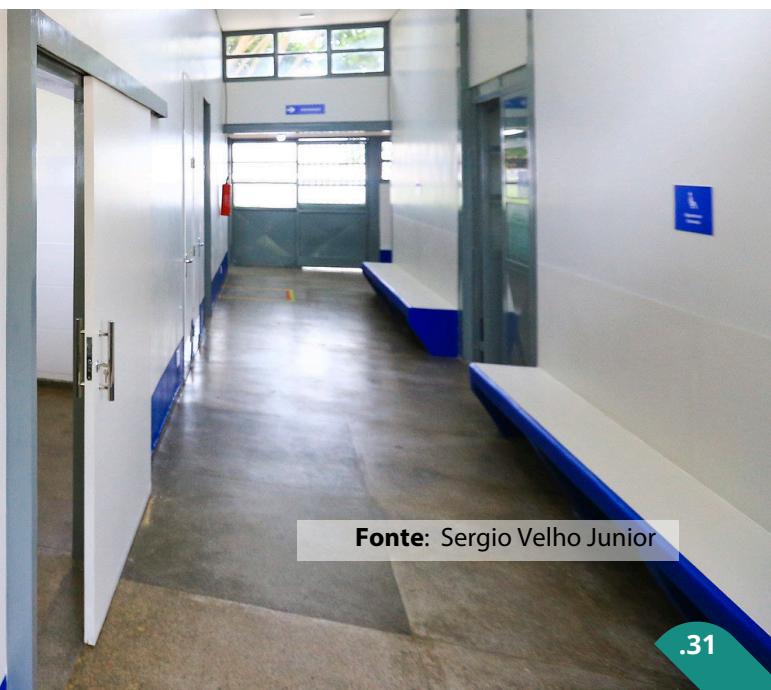


### GESTÃO DE NÍVEL CENTRAL: COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (COAPS)

A Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) é uma unidade orgânica de direção e está diretamente subordinada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS). A COAPS, dentro de suas diversas atribuições, é responsável por formular e promover estratégias, diretrizes e normas para implementação das políticas de APS no âmbito do DF

e articula diretamente com as Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) ações para a organização e o desenvolvimento dos serviços na APS com ênfase na ESF.

Integradas à COAPS, há três diretorias e oito gerências, a saber:



Fonte: Sergio Velho Junior

## DIRETORIAS E GERÊNCIAS DA COAPS

### DIRETORIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - DESF

<b>Gerência da Estratégia Saúde da Família (GESFAM)</b>	Desenvolver diretrizes para o processo de trabalho das equipes de Saúde da Família – eSF e equipes de Saúde Bucal - eSB. Apoiar institucionalmente a gestão regional no fortalecimento da APS e da ESF. Estabelecer parâmetros para territorialização, acesso e adscrição de clientela.
<b>Gerência de Qualidade da Atenção Primária (GEQUALI)</b>	Formular e promover estratégias de qualificação, monitoramento e avaliação, para a melhoria contínua da qualidade dos serviços e ações da APS. Apoiar a melhoria da qualidade da informação originada a partir dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da APS.
<b>Gerência de Apoio à Saúde da Família (GASF)</b>	Formular e instituir as linhas de cuidado, protocolos assistenciais, regulação e coordenação do cuidado. Normatizar o processo de trabalho do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB.

### DIRETORIA DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - DIRORGS

<b>Gerência de Normalização de Serviços de Atenção Primária (GENSAP)</b>	Analizar, elaborar e propor atualização das normalizações dos serviços e ações na Atenção Primária à Saúde. Identificar as necessidades para construção de normativas para a APS no DF.
<b>Gerência de Apoio à Organização de Serviços de Atenção Primária (GERAOAP)</b>	Parametrizar e implantar expansão dos projetos de melhorias da estrutura física, ambiência, equipamentos, insumos, tecnologias (TICs) e sistemas de informação.

### DIRETORIA DE ÁREAS ESTRATÉGICAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - DAEAP

<b>Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais (GASPVP)</b>	Normatizar políticas para pessoas e populações em situação vulnerável, tais como: população em situação de rua, povos tradicionais, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, pessoas LGBTQIA+, população migrante ou refugiada, população Beneficiária do Bolsa Família, população negra, população do campo e da floresta, população institucionalizada e pessoas com deficiência.
<b>Gerência de Saúde do Sistema Prisional (GESSP)</b>	Formular, coordenar, implementar, avaliar e monitorar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade.
<b>Gerência de Práticas Integrativas Em Saúde (GERPIS)</b>	Formular, estabelecer, monitorar e avaliar as políticas de Promoção da Saúde e Práticas Integrativas.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018.

# GESTÃO DE NÍVEL REGIONAL: DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (DIRAPS)

A DIRAPS está diretamente vinculada ao trabalho da GSAP, assumindo o papel de diretoria hierárquica direta. Possui na sua organização gerências e núcleos. É uma das unidades orgânicas de direção, diretamente subordinada às Superintendências das Regiões de Saúde.

## Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal - Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017

Compete à DIRAPS alguns dos pontos a seguir:

I

organizar, executar e gerenciar os serviços e as ações da Atenção Primária, a partir de lógicas centradas no usuário, buscando promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com base nos princípios do SUS;

II

organizar o fluxo de usuários, inserindo-os em linhas de cuidado, oferecendo resposta positiva capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

III

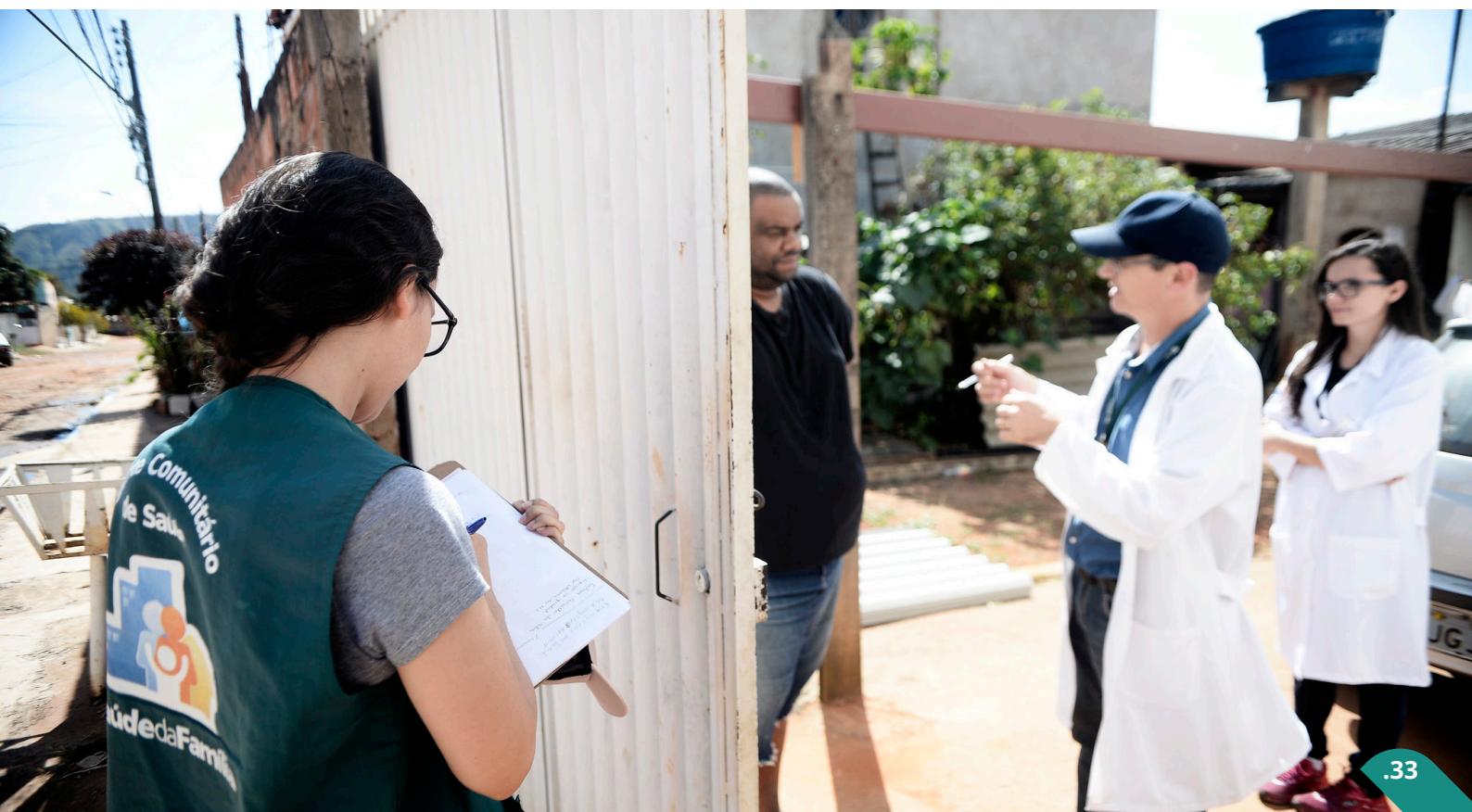
cadastrar e atualizar mensalmente o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com os dados de estabelecimentos de saúde, equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros, conforme regulamentação específica;

IV

organizar os serviços para permitir que a Atenção Primária atue como a principal porta de entrada e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde;

V

estimular a articulação das ações da gestão e dos profissionais da UBS para promover parcerias com instituições, setores e pessoas com o objetivo de ampliar as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, participando de redes de apoio.



## GERÊNCIAS E NÚCLEOS DA DIRAPS

GERÊNCIA	ATRIBUIÇÕES
<b>Gerência de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GPMA)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Núcleo de Captação e Análise de Informações do SUS;</li><li>• Núcleo de Gestão de Custos.</li></ul>	Responsável por articular as ações de integração dos níveis de atenção a partir das necessidades epidemiológicas e desenvolver o processo de planejamento em saúde e planejamento orçamentário em conjunto com a Administração Central.
<b>Gerência de Áreas Programáticas da APS (GAPAPS)</b>	Normatizar políticas para pessoas e populações em situação vulnerável, tais como: população em situação de rua, povos tradicionais, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, pessoas LGBTQIA+, população migrante ou refugiada, população Beneficiária do Bolsa Família, população negra, população do campo e da floresta, população institucionalizada e pessoas com deficiência
<b>Gerência de Acesso e Qualidade da APS (GEAQAPS)</b>	Implementar estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação dos processos de trabalho para a melhoria de acesso e qualidade na APS.
<b>Gerência de Enfermagem (GENF)</b>	Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar, nos limites de suas atribuições, as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, referentes à assistência de enfermagem nas unidades de APS de sua área de abrangência. Fazer cumprir a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 506/2016, que normatiza a Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.
<b>Gerência de Regulação da Região (GER)</b>	Desenvolver atividades voltadas à promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde, de acordo com os protocolos assistenciais e de regulação vigentes.
<b>Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI)</b>	Planejar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações de vigilância epidemiológica de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória e/ou de interesse distrital ou nacional, e de imunização na Região de Saúde.
<b>Centro de Referência de Práticas Integrativas em Saúde (CERPIS)</b>	Elaborar estratégias e acompanhar ações que promovam as práticas integrativas em saúde.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018.

### SAIBA MAIS:

[Para saber mais, acesse o Regimento Interno da SES/DF.](#)

[Resolução do Conselho Federal de Enfermagem \(COFEN\) nº 506/2016.](#)

## GESTÃO DE NÍVEL LOCAL: GERÊNCIA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (GSAP) E PRISIONAL (GSAPP)

Representa o nível local de gestão da APS, composta de gerentes, supervisores e técnicos administrativos responsáveis pelos processos de gestão local das UBSs.

Em 2016, com a reestruturação da SES, houve a criação da Gerência de Serviços da Atenção Primária na Prisional (GSAPP) nos territórios da Região Leste e da Região Sul, contribuindo para a organização da gestão da saúde prisional local. Atualmente, está em tramitação a criação de novas GSAPPs na estrutura da SES/DF, vinculadas às Superintendências da Região de Saúde Leste e da Região de Saúde Centro-Sul. Recomenda-se a inclusão da GSAPP nas Regiões de Saúde que possuem estabelecimentos penais no seu território com o objetivo de contri-

buir ao aprimoramento e à qualificação do processo de trabalho nas UBSPs, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população privada de liberdade, por meio de função técnico-gerencial.

Para maior detalhamento sobre cada gerente de UBS, acesse a Sala de Situação do Distrito Federal em:

<http://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao>

O gerente da APS desempenha um papel de extrema importância para o serviço e para a equipe que ele gerencia. De acordo com a PNAB (2017), entende-se por gerente:

**“[...] um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior” [pré-requisitos para habilitação ao recebimento do incentivo financeiro disposto pela Portaria nº 1.808, de 28 de junho de 2018].”**

Também é importante que a GSAP conheça as atribuições de sua equipe administrativa e de todos os membros da equipe eSF, sejam as atribuições comuns a todos ou específicas de cada carreira.

# ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (GSAP)

## Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal - Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017

**Art. 12. Compete à Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do território:**

I

Diligenciar pelo adequado funcionamento da unidade, em conformidade com a política de Atenção Primária estabelecida nesta Portaria;

II

Supervisionar a confecção das escalas das equipes, de forma a garantir assistência integral à população durante todo o horário de funcionamento da unidade e em campanhas promovidas pela Secretaria de Estado de Saúde, respeitadas as normas e diretrizes estabelecidas nesta Portaria e nas orientações da respectiva DIRAPS;

III

Otimizar o aproveitamento do espaço físico da unidade;

IV

Tomar as providências necessárias para garantir o abastecimento de medicamentos, insumos e materiais, bem como a manutenção de estruturas, equipamentos e sistemas necessários ao trabalho das equipes;

V

Monitorar os encaminhamentos a outros níveis de atenção realizados em sua unidade e tomar providências para que todas as equipes apresentem níveis de resolutividade superiores a 85%;

VI

Exigir informações das equipes para manter atualizados os dados de produtividade e os indicadores previstos nesta Portaria, relativos à unidade e às equipes, consolidados mensalmente, encaminhando os dados à DIRAPS para consolidação de todas as unidades;

VII

Apresentar aos servidores da unidade e à comunidade, até trinta dias após o final do semestre, os relatórios de produtividade e os indicadores previstos nos anexos desta Portaria, relativos a sua unidade, de forma global e por equipe;

VIII

Tomar as medidas administrativas cabíveis em caso de violações éticas, funcionais ou descumprimento das normas administrativas por servidores sob sua gerência, bem como sobre registrar por escrito acontecimentos relevantes em seu território, dando ciência à DIRAPS;

IX

Fornecer à DIRAPS, à Superintendência da Região ou à COAPS quaisquer informações que lhe sejam solicitadas;

X

Resolver questões administrativas da unidade, nos limites de sua competência.

## SAIBA MAIS:

- 1) Política Nacional de Atenção Básica: Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (publicada no DOU nº 183, de 22 de setembro de 2017);**
- 2) Portaria Conjunta SGA/SES nº 8, de 18 de julho de 2006, publicada no DODF nº 137, de 19 de julho de 2006 (p. 2-23);**
- 3) Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, publicada pela Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, publicado no DODF de 15/02/17;**
- 4) Lei nº 6.133, de 6 de abril de 2018, que estabelece a ESF como modelo da APS do DF.**

## OUTROS TRABALHADORES DA GESTÃO LOCAL

Acerca das atribuições da equipe administrativa, a Portaria Conjunta SGA/SES nº 8, de 18 de julho de 2006, detalha as atribuições dos técnicos administrativos, dividindo-as em descrição sumária e descrição detalhada, as quais devem ser contextualizadas para a realidade do serviço de APS. Quanto às atribuições dos Supervisores de Serviços e de Unidades vigentes no Regimento da Secretaria de Estado de Saúde, estão direcionadas a supervisores lotados em diferentes cenários da SES, não sendo específicas para o cenário da APS. Sendo assim, deve ser considerado o rol de atribuições abordado ao longo deste manual de gerenciamento de serviços de APS, de acordo com a pactuação local e distribuição de tarefas na equipe.

**SUPERVISOR DE SERVIÇOS DA APS:** desempenha papel extremamente importante na gestão de serviços da APS, além de auxiliar o gerente em suas atribuições, substitui-o quando dos afastamentos legais e outros. Também desenvolve importante papel no controle dos processos gerenciais e organizacionais das equipes, fazendo organização dos controles de frequência, escalas, avaliação dos processos SEI, controle da solicitação e dispensação de fraldas feitos pelas eSF, supervisão dos materiais e estoques das equipes, participação do colegiado GSAP, contribuindo para o processo

de trabalho, para a organização de fluxos e para uma comunicação efetiva. Deverá também fornecer à DIRAPS, à Superintendência da Região ou à COAPS quaisquer informações que lhe sejam solicitadas, em concordância com o gerente.

**TÉCNICO ADMINISTRATIVO DA APS:** juntamente com o gerente e o supervisor, é um dos responsáveis direto pelo apoio à gestão das UBSs, bem como dos processos administrativos e assistenciais relacionados à carta de serviço da APS. A Portaria Conjunta SGA/SES nº 8, de 18 de julho de 2006, detalha algumas das atribuições dos técnicos administrativos. Tais atividades-base são adequadas a partir da realidade das UBSs, tal como: desenvolver atividades relacionadas à execução de serviços de apoio administrativo, referentes a pesquisa e planejamento, recursos humanos, finanças, orçamento, patrimônio, material, transporte, cargos e salários, arquivo, documentação, comunicação e modernização; colaborar na análise e instrução de processos; acompanhar e controlar a tramitação de expedientes relacionados à unidade de trabalho; executar outras atividades de interesse da área; redigir documentos oficiais; acompanhar e controlar a tramitação de expedientes ou processos de interesse do setor de trabalho.

# ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE PRISIONAL (GSAPP)

De acordo com as pactuações no âmbito do DF para a implementação da PNAISP, o acompanhamento, o controle e a avaliação serão realizados pela Secretaria de Administração Penitenciária do Distrito Federal (SEAPE/DF), por meio da Gerência de Saúde (GSAU); pela Penitenciária Federal de Brasília (PFBRA), por meio do Serviço de Saúde (SESAU);

pela Secretaria de Segurança Pública, por meio da Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP); e pela Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAIS), por meio da Diretoria de Áreas Programáticas da Atenção Primária (DAEAP) com a Gerência de Saúde no Sistema Prisional (GESSP).

## Decreto nº 39.546, de 19 dezembro de 2018 Regimento Interno SES/DF

**Art. 351. À Gerência de Serviços de Atenção Primária na Prisional - GSAPP, unidade orgânica de execução, diretamente subordinada à Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde, Superintendência da Região de Saúde Leste, compete:**

I

Planejar, Executar, Monitorar e Avaliar as ações da atenção primária à saúde na unidade sob sua responsabilidade, em consonância com os princípios do SUS, das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e da Secretaria;

II

Promover a intersetorialidade na sua área de competência, a partir da articulação dos serviços com os equipamentos sociais disponíveis;

III

Analizar e Verificar a consistência dos dados produzidos e utilizá-los em planejamento e divulgação de informação da situação de saúde;

IV

Identificar e Solicitar às instâncias competentes da Região de Saúde as informações das necessidades de infraestrutura e instalações, materiais, equipamentos, sistemas de informação, logística, transporte e recursos humanos;

V

Controlar os bens patrimoniais móveis e imóveis, materiais de expediente, informática, manutenção, enxovals, lavanderia, descartáveis, medicamentos, produtos para a saúde, e outros materiais de consumo de uso geral;

VI

Coordenar, Regular e Monitorar as atividades de estágios curriculares e extracurriculares, de nível técnico e de graduação, e de treinamento em serviço, quando couber;

VII

Promover dispositivos de cogestão;

VIII

Identificar as necessidades de formação e qualificação dos servidores e promover ações de educação em saúde, em conjunto com os setores responsáveis na Secretaria e/ou outras instituições; e

IX

Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

**“Os gestores das GSAPP devem atentar-se às informações da Nota Técnica nº 3/2021 - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP - Fluxo da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade, especialmente ao item 4.3 (Gestão da Saúde Prisional no DF), considerando os aspectos normativos e organizacionais da Saúde Prisional do DF, que prevê a integração entre as políticas públicas de Saúde, Segurança Pública e Administração Penitenciária.”**

## MODELO DE GESTÃO DA SAÚDE PRISIONAL DO DF

Órgão	Gestor Central	Gestor Regional/Local	Gestor Setorial
<b>Secretaria de Saúde do DF (SES/DF)</b>	Gerência de Saúde do Sistema Prisional (GESSP)	Superintendência Regional de Saúde (SRS) Leste, Centro-Sul e Sul	Gerência de Serviços da Atenção Primária da Prisional (GSAPP)
<b>Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP/DF)</b>	Gerência de Saúde (GSAU)	Direção das Unidades Prisionais	Gerência de Assistência ao Interno (GEAIT) / Núcleo de Saúde (NUS)
<b>Secretaria de Segurança Pública (SSP/DF)</b>	Gestão da Custódia pela Polícia Civil (PCDF)	Direção da Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP)	-
<b>Ministério da Justiça (MJ)</b>	Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)	Direção da Unidade Penitenciária Federal de Brasília (PFBRA)	Serviço de Saúde (SESAU)

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

# COMPETÊNCIAS GERAIS DO GERENTE DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## CONHECIMENTOS APS



Conhecer normativas, diretrizes e práticas relacionadas à gestão em saúde e à Atenção Primária à Saúde, que orienta a organização de um serviço para que seja acolhedor, humanizado e promova a integralidade do cuidado.

(PNAB: I; Portaria 77: I; Decreto nº 39.546: I)

## TERRITÓRIO



Conhecer profundamente o território para se estabelecer o vínculo com a população e proporcionar um cuidado mais resolutivo. Por meio da territorialização, é possível o reconhecimento do território, considerando as relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

(PNAB: II; Decreto nº 39.546: IV)

## PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



Conhecer e aplicar os instrumentos estratégicos de gestão, que contribuem para a realização do diagnóstico situacional, identificação de prioridades, alcance das metas, construção de planos de ação e avaliação constante dos resultados, de forma a garantir qualidade e efetividade nos serviços prestados à população.

(PNAB: II; Decreto nº 39.546: II)

## FLUXO E REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE



Conhecer e implementar os fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre os níveis de atenção. O reconhecimento adequado das necessidades dos usuários e o conhecimento das redes de serviços permitem um encaminhamento resolutivo e responsável.

(PNAB: IX, X, XI; Portaria nº 77: V; Decreto nº 39.546: III, XI, XII)

## LIDERANÇA DE EQUIPES



Gerir pessoas significa construir um clima organizacional saudável, a partir da motivação, desenvolvimento pessoal e sinergia. Para acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes, é preciso exercer a liderança, a comunicação efetiva, a mediação de conflitos, a negociação e a colaboração.

(PNAB: I, II, III, IV, V, VI, XII; Portaria nº 77: II, VI, VIII; Decreto nº 39.546: II)

## GESTÃO ADMINISTRATIVA



Programar e otimizar o uso de recursos materiais e patrimoniais no momento certo e qualidade requerida para que não haja descontinuidade dos serviços prestados. Como também a garantia de infraestrutura, ambiência e processos administrativos necessários à realização da missão da APS

(PNAB: VII, VIII; Portaria nº 77: III, IV, X; Decreto nº 39.546: VI, VII).

## EDUCAÇÃO PERMANENTE



Identificar necessidades de formação e promover processos educativos e de qualificação dos servidores para o desenvolvimento profissional, principalmente do trabalho em equipe interprofissional, que demanda diálogo, trocas de saberes e experiências e busca de soluções de forma compartilhada.

(PNAB: XII; Decreto nº 39.546: VIII, X)

## GESTÃO PARTICIPATIVA



Compartilhar poder e responsabilidade, estimulando o controle social e a criação de espaços de democratização dos processos de decisão (cogestão). O protagonismo está centrado em todos os atores envolvidos no processo de cuidado (trabalhadores, gestores e usuários).

(PNAB: XIII; Decreto nº 39.546: IX)

## GESTÃO DA INFORMAÇÃO



Alimentar, analisar, monitorar e divulgar os dados de saúde de seu território, como também a produtividade das equipes, que subsídia o planejamento, monitoramento e avaliação. O trabalho é baseado na manipulação de informações prioritárias e suas respectivas fontes (sistemas de informação).

(PNAB: V; Portaria nº 77: VI, VII; Decreto nº 39.546: V)

## AUTOGESTÃO



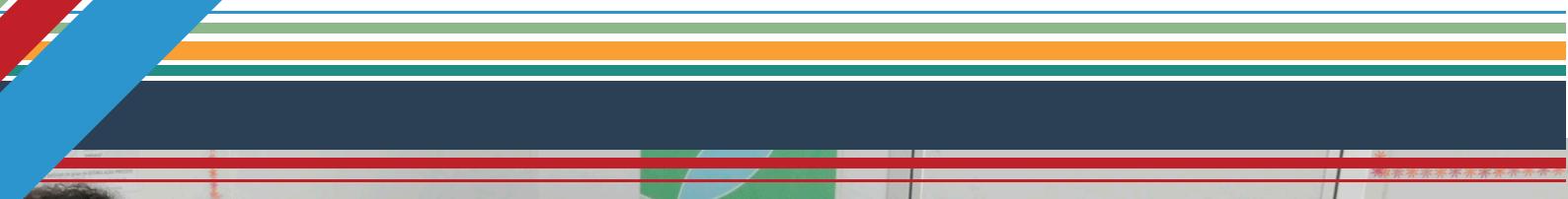
Administrar o seu próprio trabalho, com foco e gerenciamento do tempo. Além de conhecer suas atribuições, responsabilidades e funcionamento da unidade, a organização do trabalho conta com autoeficácia, administração dos imprevistos, iniciativa, autocontrole, confiabilidade e independência.

(PNAB: XIV, XV; Portaria nº 77: VII, IX; Decreto nº 39.546: XIII)

**Fonte:** elaboração própria, 2020.



# PROCESSOS GERENCIAIS



Fonte: Matheus Oliveira

## GESTÃO DE PESSOAS

A gestão na saúde envolve múltiplas dimensões para a potencialização do alcance de uma atenção integral, resolutiva e humanizada, baseada nos princípios do SUS. Para isso, é necessário um olhar para os trabalhadores da saúde, que são fundamentais para a consecução dos objetivos propostos e desenvolvimento do trabalho, tendo em vista que prestam o cuidado a população, atuam nos desafios cotidianos, promovem mudanças e constroem vínculos com a população usuária. E fatores como engajamento, motivação, significado e aprendizado trazem impactos na forma como esse trabalhador se envolve e se relaciona com o trabalho.

A [Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão](#) aponta que “a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metas/objetivos” (BRASIL, 2009a, p. 10). Nesse sentido, a gestão de pessoas na saúde assume um aspecto fundamental e apresenta demandas diversas, devido a sua complexidade e às diferentes necessidades presentes no cotidiano de trabalho.

Entre as diversas atividades que envolvem a gestão de pessoas dentro de uma UBS, e que demandam a ação do gestor/equipe de gerenciamento, apresentamos as mais frequentes: tratamento

de folha de frequência nos sistemas de informação disponíveis; controle e gestão de solicitações dos servidores quanto às férias, escalas e justificativas de ponto; impressão dos espelhos de ponto; solicitação de senha para acesso ao Forponto; avaliação de demandas para autorização de abonos, licença-prêmio e outras licenças previstas em lei; gestão de conflitos e outras situações, conforme suas competências regimentais e normativas.

Para maior organização das demandas relacionadas à gestão de pessoas, um aspecto relevante é a importância de que o gestor/equipe gestora conheça a força de trabalho em saúde atuante na UBS e disponha dessas informações de forma acessível e organizada. Esses dados podem, inclusive, ser úteis para subsidiar análises relacionadas aos processos de trabalho.

Os conteúdos apresentados neste Manual são compilados das legislações e práticas vigentes, que fazem parte, de forma significativa, da rotina do gerenciamento local da APS, visando, assim, contribuir para um acesso facilitado pelos profissionais. Porém, é necessário considerar que existem especificidades e atualizações frequentes nas legislações e normativos. Assim, ressalta-se que devem prevalecer as mais recentes informações e práticas disponibilizadas nos canais oficiais de comunicação utilizados na SES/DF.

### Saúde Legal



No que se refere aos conteúdos de gestão de pessoas, destaca-se a criação, em 2020, do Saúde Legal, que é um sistema de gestão de conhecimento de legislação e boas práticas sobre essa temática na SES/DF, por meio do compartilhamento de conteúdos atualizados, com o objetivo de facilitar o acesso às informações, que são disponibilizadas em uma página na Internet. Portanto, recomenda-se que, ao utilizar este manual, também seja consultado o site para atualizações, bem como divulgado entre os profissionais.

## VIDA FUNCIONAL DO SERVIDOR

É de responsabilidade do Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária (NGPAPS) organizar arquivo contendo a documentação da vida funcional dos servidores que estão lotados nas UBS, conforme Regimento Interno em vigência na SES. Geralmente, na carta de apresentação do servidor, o emissário já explica quando e como a pasta será encaminhada ou arquivada. Caso não haja essa informação, a unidade que recebeu o servidor deverá expedir um memorando via SEI requisitando a pasta do servidor para a unidade em que estava lotado anteriormente.

É nessa pasta contendo todos os apontamentos que ficará registrada a vida funcional do servidor. A sua guarda deve ser protegida de danos físicos e materiais, bem como do interesse de terceiros. O servidor pode acessar os documentos contidos em sua pasta, desde que sob supervisão contínua do setor de pessoal. Esses documentos serão indispensáveis para a aposentadoria dele.

## ESCALAS

É atribuição do gerente da GSAP a elaboração da escala dos servidores, conforme previsto na [Portaria nº 199, de 1º de outubro de 2014](#). Para tanto, deve ser analisada a necessidade de provimento adequado na UBS, levando em consideração a necessidade de garantir assistência integral à população durante todo o horário de funcionamento da unidade, nos dias de maior demanda e em campanhas promovidas pela SES/DF.

Assim devem ser contabilizadas licenças, afastamentos e folgas, de modo que a assistência à população não fique prejudicada. Sendo necessário o gerenciamento de possíveis conflitos referentes a choques de horários e de interesses de escala entre os trabalhadores.

Após o processo de elaboração e validação da escala, deverá ser feita a divulgação da escala dos servidores da UBS para a população, em local de fácil visualização e de grande circulação (sugere-se na entrada da unidade), podendo estar em mais de um local, com letra e layout que permitam fácil entendimento. Sugere-se que a periodicidade de alteração seja feita de forma semanal, quinzenal ou de acordo com a realidade da unidade.

É fundamental que a escala reflita completamente o quadro de servidores na unidade. A escala de toda gerência deve ser lançada mensalmente no sistema TRAKCARE, observando-se sempre o prazo de lançamento até o dia 15 do mês corrente para lançar a escala do mês seguinte.

## TRATAMENTO DE FOLHA DE FREQUÊNCIA

O tratamento da folha de ponto eletrônico é uma responsabilidade da GSAP, podendo este indicar um colaborador para auxiliá-lo nos ajustes no Forponto. É importante que a equipe contribua com o repasse das informações necessárias, de forma organizada, para otimizar o trabalho realizado.

Nesta tarefa, a gerência deverá tratar e ajustar as ocorrências de entrada e saída para organizar a frequência do servidor em conformidade com as escalas de serviço.

A [Portaria nº 67, de 03/05/2016](#), aborda o controle eletrônico e a aferição de frequência dos

servidores da SES/DF. O documento traz os seguintes pontos:

a. O controle da frequência é realizado por meio de Sistema de Registro Eletrônico de Frequência (SISREF), com identificação biométrica, por meio de folha de registro de frequência ou pelo controle manual, quando o local não possuir equipamento biométrico para registro eletrônico;

b. O tratamento do ponto eletrônico é realizado pela chefia imediata no sistema Forponto (solicitar a senha via SEI);

c. Os registros de início e fim da jornada e os de início e fim de intervalos de refeição/descanso são obrigatórios e deverão ser efetuados conforme previstos em escala de serviço;

d. Justificativa de atividade externa e justificativa de falta de marcação no registro eletrônico.

Obs.: caso a sua UBS funcione com ponto manual, fique atento aos prazos de envio para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS)



Fonte: Matheus Oliveira

## Roteiro básico para tratamento do ponto

- Na página inicial do sistema FORPONTO, o gestor deve clicar com o botão esquerdo do mouse no campo “Gerência”, localizado na lateral esquerda da tela.
- A tela seguinte é de identificação do usuário, que deve ser preenchida da seguinte forma: usuário (matrícula), senha (cadastrada anteriormente) e período (que vai ser visualizado ou tratado).
- Aparecerá uma tela com o calendário para que se preencha “período de \_\_\_\_ até \_\_\_\_”.
- Após as informações anteriores, aparecerá uma tela com a relação de todos os servidores da Gerência, o gestor deverá clicar no nome do servidor do qual deseja tratar o ponto.
- Aparecerá o ponto do servidor em uma tela com as colunas “ocorrências” e “justificativa”. O gestor deverá clicar no dia em que deseja tratar/justificar o ponto. Na parte inferior da tela, aparece um pequeno quadro com os campos: data, motivo, novo motivo e horas.
- O campo “novo motivo” deve ser preenchido com o código do novo motivo que deseja ser justificado. Poderão ser feitas alterações em dois dias por vez.
- Caso o gestor não saiba qual o código correspondente ao afastamento, basta clicar na seta que se encontra ao lado do campo “novo motivo”, em que aparecerá a listagem com todos os códigos para consulta.

\* Caso em sua unidade de saúde seja utilizado o ponto manual, observe os prazos para envio ao NGPAPS.

## FÉRIAS, FOLGAS E ABONOS

O agendamento de férias, folgas e abonos é realizado pelo sistema SEI. O servidor deve abrir um processo com o requerimento de férias ou requerimento de abono que, após assinatura juntamente com a chefia imediata, deverá ser encaminhado ao Núcleo de Gestão de Pessoas das Unidades de Atenção Primária (NGPAPS).

Na perspectiva do gerenciamento e levando em consideração a organização da escala para manutenção dos serviços, é necessário observar as seguintes informações previstas nas legislações:

- O número de servidores em gozo simultâneo de licença-prêmio não pode ser superior a um terço da lotação da respectiva unidade administrativa do órgão, autarquia ou fundação; ( § 4º do art. 151 da Lei nº 840, de 23 de dezembro de 2011)
- O número de servidores em gozo de abono de ponto não pode ser superior a um quinto da lotação da respectiva unidade administrativa do órgão, autarquia ou fundação; ( § 4º art. 151 da Lei nº 840, de 23 de dezembro de 2011)
- Deve ser observado o limite máximo de servidores em gozo simultâneo de férias, que corresponde a um terço da lotação da unidade. (art. 9º da Instrução Normativa 1, de 14 de maio de 2014)
- As férias podem ser parceladas em até três períodos, não inferiores a dez dias cada um;
- Em caso de parcelamento de férias, é obrigatório intervalo de 30 dias corridos de intervalo/ efetivo exercício entre os períodos.

### SAIBA MAIS:

[Para mais informações sobre férias, folgas e abonos, vide o Manual do Servidor da Secretaria de Saúde.](#)

[Portaria 199 de 1/10/2014 \(Escala\)](#)

[LEI Nº 4.266, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2008.\(TPD\)](#)

[Circular SEI-GDF n.o 1/2018 - SES/SUGEPE/COAP \(Folgas Compensatórias\)](#)

[INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1, DE 14 DE MAIO DE 2014. \(férias, pagamento do décimo terceiro salário\)](#)

[LEI COMPLEMENTAR Nº 840, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 \(Seção X\) \(Abono de ponto\)](#)

[PORTRARIA Nº 67, DE 03 DE MAIO 2016 \(controle de frequência\)](#)

## LICENÇAS, ATESTADOS E AFASTAMENTOS

De acordo com a Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011, além do abono de ponto, o servidor faz jus às seguintes licenças:

- I. Por motivo de afastamento do cônjuge ou companheiro;
- II. Por motivo de doença em pessoa da família;
- III. Para o serviço militar;
- IV. Para atividade política;
- V. Servidor;
- VI. Para tratar de interesses particulares;

- VII. Para desempenho de mandato classista;
- VIII. Paternidade;
- IX. Maternidade;
- X. Médica ou odontológica.

As definições dos critérios de cada uma dessas licenças estão previstas no Capítulo III, da Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011.

No quadro a seguir, são apresentadas informações gerais sobre as licenças relacionadas a questões de saúde, tanto de servidores quanto de familiares:

## INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE LICENÇAS E AFASTAMENTOS

Tipo de licença/afastamento	O que é?	Informações principais	Dimensão Gerencial
<b>Atestado de comparecimento</b>	É o documento que justifica o afastamento do trabalho para consulta com profissional de saúde (profissões regulamentadas) bem como para realização de exames complementares e/ou laboratoriais de sua própria saúde ou para acompanhamento de terceiros até segundo grau civil.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Somente será aceita para servidores com vínculo efetivo.</li><li>• Se restringe ao turno no qual o servidor foi atendido.</li><li>• Deve ser entregue à chefia imediata.</li><li>• Máximo 12 por período correspondente ao exercício do ano civil.</li><li>• Regramento legal, Artigo 4º do Decreto 34.023/2012.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• O servidor deverá sempre que a consulta ou o atendimento for agendado, avisar, com antecedência máxima possível à chefia e à equipe para que sejam evitados transtornos aos usuários finais.</li><li>• O recolhimento do atestado de comparecimento é de responsabilidade da unidade de lotação do servidor.</li></ul>
<b>Licença para tratamento de saúde</b> (atestado médico e odontológico)	É a licença médica ou odontológica concedida ao servidor incapacitado de exercer suas atividades no trabalho por motivo de doença e sem prejuízo da remuneração ou do subsídio.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Somente serão aceitos atestados médicos e odontológicos, emitidos por profissionais registrados.</li><li>• Quando emitidos por outros profissionais de saúde, serão avaliados como documentos complementares.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A licença é contada em dias e não em horas.</li><li>• Até um dia, prazo de homologação de 24h, contado a partir de emissão.</li><li>• A partir de dois dias, prazo para homologação de 48h, também contado a partir de emissão.</li><li>• Se até três dias por bimestre, fica discricionário à chefia imediata o recebimento ou a exigência de exame pericial.</li><li>• Se segundo atestado por bimestre, deve ser homologado sempre, independente do número de dias de afastamento.</li><li>• Regramento legal: <b>Artigo 5º do Decreto 34023 de 10/12/2012.</b></li></ul>

<b>Licença por motivo de doença em pessoa da família do servidor</b>	<p>É a licença concedida ao servidor que necessita se afastar do trabalho para acompanhar familiar enfermo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homologação obrigatória, independentemente do número de dia.</li> <li>• Concedida a apenas um servidor por familiar enfermo.</li> <li>• Máximo trinta dias por atestado.</li> <li>• Só será remunerada até o máximo seis meses por ano;</li> <li>• Não há limite de idade (crianças e idosos) para acompanhamento de familiar a consultas ou exames.</li> <li>• Regramento legal: <b>Artigo 31 do Decreto 34023, de 10/12/2013.</b></li> </ul>	<p>Quando da homologação do atestado, será indispensável a apresentação do documento que comprove o vínculo familiar entre o servidor e a pessoa acometida pelo agravo de saúde.</p> <p>Informações e agendamento de perícia médica poderão ser acessados no site:</p> <p style="text-align: center;"><b><a href="https://siapmed.df.gov.br/">https://siapmed.df.gov.br/</a></b></p>
<b>Licença-maternidade</b>	<p>A servidora gestante faz jus à licença-maternidade pelo prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar do dia do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica dispensada da apreciação por perícia médica da licença-maternidade quando houver comprovação de registro da criança em cartório de registro civil.</li> <li>• Será necessário agendar a perícia médica nos seguintes casos: Licença antecipada - em até 28 (vinte e oito) dias antes do parto.</li> <li>• Aborto, natimorto ou óbito da criança durante o período da licença, quando a servidora terá direito a 30 (trinta) dias de repouso remunerado, a partir da data do evento.</li> <li>• A servidora que tiver férias e licenças-prêmio poderá requerer que sejam acrescidas à licença-maternidade.</li> </ul>	<p>Para regularização, anexar à folha de ponto cópia autenticada da certidão de nascimento da criança, ou realizar o envio dessa certidão à Gestão de pessoas do seu órgão.</p> <p>Nas situações em que for necessária perícia:</p> <p style="text-align: center;"><b><a href="https://siapmed.df.gov.br/">https://siapmed.df.gov.br/</a></b></p> <p>Assim que comunicado pela servidora sobre sua gestação, o GSAP deve comunicar oficialmente à medicina do trabalho para que ela possa ser avaliada quanto às necessidades que poderá desempenhar em local salubre e não perigoso, conforme Lei nº 840 de 2011. Adicionalmente, após avaliação da medicina de trabalho, a GSAP deverá sinalizar antecipadamente a previsão de afastamento por este tipo de licença à DIRAPS para garantir a substituição temporária da profissional na equipe e programar o serviço para manutenção do atendimento aos usuários.</p>
<b>Licença-paternidade</b>	<p>O servidor faz jus à licença-paternidade pelo prazo de 30 (trinta) dias, a contar do dia do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica dispensado da apreciação por perícia médica da licença-paternidade quando houver comprovação de registro da criança em cartório de registro civil.</li> </ul>	<p>Para regularização: anexar à folha de ponto cópia autenticada da certidão de nascimento da criança, ou envio desta à Gestão de Pessoas do seu órgão. Nas situações em que for necessária perícia:</p> <p style="text-align: center;"><b><a href="https://siapmed.df.gov.br/">https://siapmed.df.gov.br/</a></b></p>

<b>Licença-servidor ou licença-prêmio por assiduidade</b>	<p>É uma licença de três meses adquirida após cinco anos ininterruptos de efetivo exercício.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O servidor tem até duzentos e dez dias antes de completar o período seguinte de licença-servidor para requerer o gozo do período já adquirido.</li> <li>• O gestor tem o prazo de até cento e vinte dias, contados da data de requerimento do servidor, para definir o período de gozo da licença.</li> <li>• O número de servidores afastados em virtude de licença-servidor não pode ser superior a um terço da lotação da unidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os gestores devem organizar a escala de trabalho permitindo o usufruto das licenças-servidor e a adequada assistência à população.</li> <li>• Recomenda-se o envio ao setor de Gestão de Pessoas com 15 (quinze) dias antes do usufruto.</li> </ul>
---	--	---	--

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2012; 2011.

#### SAIBA MAIS:

[\*\*Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011\*\*](#)

[\*\*Decreto nº 34.023, de 10 de dezembro de 2012\*\*](#)

[\*\*Decreto nº 37.610, de 6 de setembro de 2016\*\*](#)

[\*\*Carteira de Serviços Subsaúde\*\*](#)

[\*\*Decreto nº 40.208, de 30 de outubro de 2019\*\*](#)

[\*\*SIAPMED - Sistema de Atendimento de Perícia Médica\*\*](#)

# AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

É atribuição do gerente da GSAP realizar a avaliação de desempenho dos servidores sob sua gestão direta e participar da avaliação dos demais servidores em que a avaliação for realizada pela Supervisão de Serviços da APS ou coordenadores de equipe.

Para além da avaliação individual e pontual,

estimulam-se avaliações transversais de todos os atores da UBS, de forma coletiva e qualitativa.

A avaliação de desempenho também é um instrumento fundamental para o Estágio Probatório. Após as avaliações de desempenho semestrais, o servidor efetivo torna-se estável após três anos de estágio. Dessa forma, temos dois tipos de avaliação:

## Tipos de avaliação de desempenho

### Avaliação de desempenho do estágio probatório:

A avaliação de desempenho do servidor ao longo do estágio probatório far-se-á em cinco etapas (avaliações parciais), a serem realizadas a partir do sexto mês após o início do efetivo exercício no cargo.

O formulário específico está disponível no SEI.

### Avaliação de desempenho anual:

Será realizada na primeira quinzena de outubro, mediante instrumento disponibilizado pela SES/DF (formulário disponível no SEI), que deverá aferir a eficiência e a eficácia do servidor no trabalho, considerando todo o interstício de avaliação.

As avaliações devem ser encaminhadas aos Núcleos de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS), para os devidos registros.

### SAIBA MAIS:

[Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011](#)

[Avaliação Estágio Probatório - Decreto nº 26.373, de 17 de novembro de 2005](#)

[Avaliação de Desempenho - Portaria nº 01-95-SEA, de 5 de janeiro de 1995](#)

[DECRETO Nº 38.917, DE 08 DE MARÇO DE 2018 \(progressão funcional\)](#)

## SOLICITAÇÃO DE TRABALHO POR PERÍODO DEFINIDO (TPD)

Os [Decretos nº 39.048, de 11 de maio de 2018](#), e [nº 39.060, de 17 de maio de 2018](#), que regulamentam a [Lei nº 6.137, de 20 de abril de 2018](#), e a [Portaria nº 473, de 22 de maio de 2018](#), estabelecem e dispõem sobre a organização do trabalho, as condições e a remuneração de TPD.

É possível realização de TPD nas UBSs nos casos de afastamentos por licença-maternidade e licenças médicas superiores a 30 (trinta) dias, visando à completude do quadro de servidores. As autorizações devem ser mensais, observando-se as

legislações citadas para organização dos fluxos, ficando sob responsabilidade do gerente da GSAP a supervisão das atividades.

Casos excepcionais de TPD poderão ser autorizados pelo Secretário de Estado de Saúde, mediante requerimento justificado do titular da Superintendência, Unidade de Referência Distrital, Subsecretaria ou Órgão equivalente, conforme SEI 00060-00018648/2020-7.

## AUXÍLIOS

### Tipos de auxílios:

<b>Auxílio-transporte</b>	O servidor efetivo faz jus ao auxílio-transporte de 6% (seis por cento) sobre o vencimento e alterações conforme a Portaria nº 124, de 23 de março de 2018, da SEPLAG. Se o custeio de 6% (seis por cento) do salário for superior ao valor creditado do valor transporte (valor máximo de crédito R\$10,00/dia), a solicitação do benefício será negada. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar requerimento específico. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão.
<b>Auxílio-natalidade</b>	Benefício concedido à servidora por motivo de nascimento de filho, inclusive no caso de natimorto, ou ao cônjuge ou companheiro servidor público, quando a parturiente não for servidora pública distrital, em valor equivalente ao menor vencimento do serviço público do Distrito Federal, Art. 96 - LC nº 840/2011. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar requerimento específico, bem como a certidão de nascimento da criança. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão.
<b>Auxílio-creche</b>	É destinado aos dependentes dos servidores que se encontrem na faixa etária de 0 (zero) a 6 (seis) anos, no valor de R\$95,00 (noventa e cinco reais) por filho. A cota-parte do servidor será de 5% (cinco por cento) a 25% (vinte e cinco por cento) e proporcional ao nível de remuneração. De acordo com a Portaria nº 63, de 11 de março de 2016, o benefício em questão não será concedido: I - cumulativamente ao servidor que exerce mais de um cargo na Administração Pública; II - simultaneamente ao servidor e cônjuge, ou companheiro(a); e III - cumulativamente ao servidor que tenha o dependente assistido em creche ou pré-escola ou mantida pelo poder público. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar requerimento específico, bem como a certidão de nascimento da criança. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão.

**Fonte:** Distrito Federal, 2011; 2018.

## GRATIFICAÇÕES

O servidor, ao longo de sua carreira no serviço de saúde pública do DF, pode contar com algumas possibilidades de gratificações.

Tipos de gratificações:	
<b>GIABS</b>	Equivale a 10% (dez por cento) sobre o vencimento, para os servidores em exercício nas UBSs urbanas, e 20% (vinte por cento) sobre o vencimento para os servidores em exercício nas UBSs rurais. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar o requerimento específico com sua assinatura. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão. Para aqueles que trabalham em UBSs rurais, deve o gerente da GSAP confirmar a veracidade da lotação do servidor na UBS rural no mesmo processo SEI.
<b>GMOV</b>	Equivale a 10% (dez por cento) sobre o vencimento para os servidores em exercício em unidades de saúde situadas em Região Administrativa diversa daquela em que residem, e 15% (quinze por cento) para os servidores em exercício em UBSs rurais e unidades de saúde situadas nas Regiões Administrativas de Brazlândia e Planaltina, desde que não residam nessas localidades. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar o requerimento específico com sua assinatura, bem como o comprovante de endereço em seu nome ou a declaração de imposto de renda. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão. Para aqueles que trabalham em UBSs rurais, deve o gerente da GSAP confirmar a veracidade da lotação do servidor na UBS rural no mesmo processo SEI.  O Decreto nº 6.531, de 8 de abril de 2020, alterou a Lei nº 318, de 23 de setembro de 1992, que cria as Gratificações de Incentivo às Ações Básicas de Saúde e de Movimentação para os servidores da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da APS do DF e promove medidas para seu fortalecimento. A GMOV é recebida também pelos servidores da Administração Central da Secretaria de Saúde (ADMC), conforme foi entendido no Decreto nº 6.531, de 8 de abril de 2020.
<b>GTIT</b>	É a retribuição pecuniária devida ao servidor decorrente da apresentação de certificados e diplomas de Doutorado, Mestrado, Pós-Graduação <i>lato sensu</i> , Especialização Médica, Graduação, Ensino Médio, Aprimoramento e Atualização, não podendo ultrapassar o percentual de 30% (trinta por cento) do vencimento básico correspondente à classe e ao padrão em que o servidor se encontra posicionado. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar o requerimento específico com sua assinatura, bem como os certificados comprobatórios devem ser inseridos no SIGRH Net (portal do contracheque). O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão.
<b>GCET</b>	Equivale a 20% (vinte por cento) da remuneração inicial da carreira, aplicada aos servidores com jornada de trabalho de 40 horas semanais, prestadas exclusivamente nas UBSs onde existe a ESF. O servidor deverá abrir processo SEI e anexar o requerimento específico com sua assinatura. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS) para análise e inclusão.
<b>Insalubridade</b>	Para a concessão, é necessário laudo técnico emitido pela SUBSAÚDE/SEPLAG. Para isso, o servidor deve abrir processo SEI e anexar o requerimento específico de insalubridade com sua assinatura e a do gerente da GSAP. O processo deve ser encaminhado para o Núcleo de Gestão de Pessoas da Atenção Primária à Saúde (NGPAPS), que providenciará a comunicação com a SUBSAÚDE/SEPLAG. Seu valor poderá ser fixado nos percentuais de 5% (cinco por cento), 10% (dez por cento) e 20% (vinte por cento), correspondentes aos graus mínimo, médio e máximo, de acordo com a área de atuação, não cumulativo com adicional de periculosidade.

**Fonte:** Distrito Federal, 2011; 2018.

## **SAIBA MAIS:**

**Manual do Servidor da SES/DF**

**Saúde Legal DF**

**Lei Complementar nº 840/2011**

**Portaria nº 124, 23 de março de 2018**

**Circular nº 06/2019 – SEFP/SAGA/SUGEPE**

**Lei Nº 4.266, de 11 de dezembro de 2008.(tpd)**

**Lei Nº 2.339, de 12 de abril de 1999 (gcet)**

**Lei Nº 318, de 23 de setembro de 1992 (giab)**

**Nota técnica n.o 42/2020 - ses/sugep/acl (insalubridade a gestante)**

# **RESTRICÇÃO LABORAL E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA**

## **1. O QUE É RESTRIÇÃO LABORAL?**

A restrição laboral é emitida pela Medicina do Trabalho. Trata-se de um documento individual contendo uma série de recomendações administrativas que visam a readequar servidor com problemas de sua saúde no tocante às atividades desenvolvidas.

## **2. RECEBI UM SERVIDOR COM RESTRIÇÃO LABORAL. COMO PROCEDER?**

Ao receber um servidor com restrição laboral, você deve pedir que ele lhe disponibilize o laudo da perícia médica oficial aferindo a capacidade laborativa do indivíduo e elencando quais atribuições são compatíveis com as limitações de saúde do profissional. Certifique-se de compreender quais são as atividades expressas no laudo que podem e não podem ser executadas pelo trabalhador, antes de integrá-lo ao serviço.

## **3. O SERVIDOR ALEGA QUE POSSUI RESTRIÇÃO, MAS SE RECUSA A APRESENTAR LAUDO OU QUALQUER DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA. COMO PROCEDER?**

Quando ocorrer essa situação, solicite por meio do SEI, junto ao Núcleo de Medicina e Saúde

Ocupacional da sua região de saúde, uma AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA, de forma SIGILOSA, sob a justificativa de conter INFORMAÇÕES PESSOAIS. Na descrição do documento, não é preciso descrever o motivo ou acometimento que justifica a avaliação. Essas informações referentes à saúde do servidor são sigilosas e serão objeto da consulta que o servidor terá na Medicina do Trabalho. Informe ao servidor de que ele será notificado a comparecer ao Núcleo de Medicina do Trabalho para apresentar os documentos que comprovem sua necessidade de saúde.

## **4. EM QUAIS OUTRAS SITUAÇÕES DEVO SOLICITAR AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA DOS MEMBROS DA EQUIPE?**

A GSAP e o Supervisor precisam ter uma visão voltada ao cuidado do trabalhador e para melhor mobilização da sua força de trabalho. É responsabilidade da gerência assegurar que os trabalhadores com dificuldades de saúde disponham de uma avaliação de suas capacidades laborativas. São exemplos de situações em que a avaliação pode ser requerida:

§ Afastamentos prolongados e persistentes.

**OBJETIVO DA AVALIAÇÃO:** assegurar ao trabalhador o acompanhamento mais adequado possível de sua necessidade de saúde sem prejuízos ao trabalhador e ao serviço; em alguns casos, o servidor pode vir, inclusive, a ser aposentado, a depender das suas limitações de saúde.

§ Comportamento inapropriado.

**OBJETIVO DA AVALIAÇÃO:** garantir que o servidor possui discernimento adequado acerca dos fatos e das tomadas de decisão no trato com os colegas e com os usuários.

§ Abuso de álcool, drogas e outras substâncias.

**OBJETIVO DA AVALIAÇÃO:** permitir que o trabalhador em uso abusivo de drogas possa ser avaliado, tratado e acompanhado quanto à sua capacidade laborativa.

§ Laudo vencido.

**OBJETIVO DA AVALIAÇÃO:** renovar ou suspender a restrição, a depender de sua natureza, se temporária ou definitiva.

§ Inaptidão para o serviço ou atividade.

**OBJETIVO DA AVALIAÇÃO:** além de encami-

nhar para avaliação da medicina do trabalho, avaliar os problemas que são inerentes à relação entre servidor e equipe, servidor e gerência, servidor e usuário, propondo soluções administrativas definitivas para os casos reincidentes.

## 5. QUAIS MEDIDAS PODEM SER RECOMENDADAS PELA MEDICINA DO TRABALHO?

A medicina do trabalho vai listar todas as atribuições regimentais da carreira à qual pertence o servidor e, a partir daí, com base na situação de saúde, sugerir uma redução do escopo das atividades e atribuições que são inerentes à carreira a que o servidor pertence.

## 6. O SERVIDOR POSSUI RESTRIÇÕES DE ATENDER A EMERGÊNCIAS OU OUTRAS ATIVIDADES DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA APS?

Inicie um processo sigiloso no SEI e encaminhe para a DIRAPS, que deverá encaminhar para a Gerência de Pessoas da região, pedindo que seja feita uma avaliação em busca da lotação mais adequada para as necessidades de saúde do servidor. Na elaboração desse documento, liste as atividades que são características da APS e informe que a permanência desse trabalhador em uma UBS implicará diretamente a não execução de atividades típicas da APS.

## INFRAÇÕES DISCIPLINARES

A chefia imediata (GSAP e Supervisor), assim como os demais servidores, deve observar os deveres especificados na Lei Complementar nº 840, com destaque para o disposto nos itens VII e VIII:

VII - levar ao conhecimento da autoridade superior as falhas, as vulnerabilidades e as irregularidades de que tiver ciência em razão do cargo público ou função de confiança;

VII - representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder.

Dessa forma, os gestores devem observar a importância de denunciar conduta de servidores ou grupo de servidores que possam incorrer em possíveis infrações ou irregularidades, uma vez que possuem um papel importante na identificação de

irregularidades que possam ser corrigidas de modo que a sociedade receba um serviço de qualidade, e tomar as providências imediatas cabíveis e constante no regimento interno (Decreto nº 39546/2018).

Não obstante essa situação, quando a chefia deixa de representar denúncia contra conduta de servidores que sabidamente cometem suposta infração disciplinar, acaba por legitimar tal prática, que, aos poucos, pode fazer-se arraigar uma cultura prejudicial para o serviço, gerando nos demais trabalhadores, inclusive, a percepção de injustiça, o sentimento de indignação e a atitude de insubordinação, por entender que a não representação de denúncia trata-se de um favorecimento do suposto infrator e, de forma complementar, esta Chefia passa a cometer

uma irregularidade administrativa mediante a sua omissão. Uma vez que, conforme a Lei Complementar nº 840/2011, o servidor responde pela ação e omissão (art. 187).

Por outro lado, muitos gerentes não oferecem denúncia contra servidores infratores por não se sentirem confortáveis pelo confronto que isso possa ocasionar. Vale a pena nessas situações

refletir o quanto benéfico pode ser para o trabalho em equipe ter uma apuração adequada para os possíveis desvios de conduta e irregularidades.

Alguns passos para o oferecimento de uma denúncia:

## Passos para oferecer uma denúncia.

- #1 **Identifique as possíveis infrações e os possíveis autores:**  
A Lei complementar nº 840/2011 fornece o rol de infrações, a gravidade delas e as sanções previstas. Esse instrumento normativo vai assegurar uma boa justificativa ao oferecimento da denúncia.
- #2 **Como agir diante de uma possível irregularidade:**  
Reúna elementos que possam consubstanciar a prática de uma possível irregularidade. Exemplos: anote a data e horário do ocorrido, pessoas que estavam presentes, entre outras informações.  
Quanto maior a quantidade de registros, mais embasada será a denúncia.
- #3 **Inicie um processo sigiloso no SEI:**  
Após reunir elementos de informação, você deve abrir um processo no SEI contendo todos os detalhes e fundamentação da denúncia pormenorizada, a fim de garantir a sustentação da denúncia.
- #4 **Ofereça credencial de acesso à Unidade de Correição:**  
A partir desse momento, a Unidade de Correição da SES/DF adotará as medidas adequadas em relação à apuração e condução da demanda apresentada.

O processo SEI nº 00060-00144950/2020-83 oferece as informações necessárias sobre as credenciais a serem concedidas nos processos sigilosos relacionados à apuração de possíveis infrações disciplinares.

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

### SAIBA MAIS:

**Infração disciplinar - abandono de cargo e inassiduidade habitual - PARECER nº 381/2018-PRCON/PGDF)**

**O Processo Administrativo Disciplinar (PAD)**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 02, DE 25 DE JULHO DE 2016.**  
**(Mediação de conflitos)**

**PORTARIA Nº 348, DE 21 DE JULHO DE 2017(atividades de mediação como meio de solução de conflitos)**

**"Atenção aos critérios de tramitação de prontuários médicos ou informações dos pacientes pelo Sistema Eletrônico de Informação – SEI. Prontuários e demais informações do paciente que contenham o CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) devem ser tramitados com nível de acesso “sigilosos”, tendo como hipótese legal “Informação Pessoal (art. 33, § 1º, I, da Lei 4.990/2012)”**

**Fonte: Circular n.º 6/2021 - SES/SUAG/DIDOC - 00060-00268024/2021-83.**

## DOCUMENTOS OFICIAIS

Cada situação de relação entre a GSAP/UBS e outros setores exige um tipo de documento específico, conforme a descrição.

**Memorando:** é documento oficial com redação objetiva, linguagem simples e de fácil leitura, tem a finalidade de estabelecer a comunicação interna dos órgãos do Serviço Público (ex.: documento da GSAP para DIRAPS).

**Despacho:** é a decisão ou o encaminhamento de autoridade administrativa acerca de assunto submetido à sua apreciação, deferindo ou indeferindo sobre determinado assunto. O despacho pode ser:

- **Terminativo ou definitivo (também denominado decisório):** aquele que dá solução ao que foi submetido à autoridade e põe fim à questão (ex.: servidor envia para GSAP solicitação de matrículamento para colocação de DIU, a GSAP faz um despacho resolvendo a solicitação após conseguir um matriciador em sua própria GSAP).

• **Interlocutório:** aquele que, sem resolver terminantemente a questão, transfere-a à autoridade hierarquicamente superior ou de outra unidade da repartição (ex.: servidor envia escala à GSAP e esta autoriza e faz despacho enviando ao NCE).

**Circular:** quando um mesmo assunto deve ser transmitido ao mesmo tempo para vários destinatários, tem o objetivo de transmitir normas, ordens, avisos, pedidos, ou seja, de delimitar comportamentos e homogeneizar condutas de um grupo de pessoas. Pode ser Ofício Circular ou Memorando Circular. Ex.: Ofício Circular: enviar documento da Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) para a Secretaria de Estado de Educação do DF (SEE/DF) e Secretaria de Estado de Fazenda do DF (SEF/DF). Memorando Circular: enviar documento da GSAP para DIRAPS, superintendência ou hospitais.

**Ofício:** tem a finalidade de estabelecer uma comunicação entre os diferentes órgãos do serviço público e entre órgãos do serviço público com particulares. Ex.: enviar algo da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para a Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEE/DF).

### SAIBA MAIS:

[Manual do Usuário SEI](#)

[Manual de Redação da Presidência da República](#)

[Manual de Comunicação Oficial do Governo do Distrito Federal](#)

# SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELACIONADOS À GESTÃO DE PESSOAS

## **Sistema eletrônico de informações (SEI)**

**O sistema eletrônico de informações (SEI) é uma plataforma que engloba um conjunto de módulos e funcionalidades que promovem a eficiência administrativa. Trata-se também de um sistema de gestão de processos e documentos eletrônicos, com interface amigável e práticas inovadoras de trabalho, tendo como principais características a libertação do paradigma do papel como suporte físico para documentos institucionais e o compartilhamento do conhecimento com atualização e comunicação de novos eventos em tempo real.**

**Site SEI:**

**<https://softwarepublico.gov.br/social/sei>**

**Manuais e outros arquivos:**

**<https://softwarepublico.gov.br/social/sei/manuais>**

**Links capacitação e cursos:**

**<http://portalsei.df.gov.br/category/seigdf/capacitacao/>**

## **Sistema de registro eletrônico de frequência (SisREF)**

**O sistema de registro eletrônico de frequência (SisREF) é um sistema eletrônico adotado pela SESDF para controle de frequência dos servidores e lançamento de escalas de serviço. Com ele é possível facilitar a importação e a exportação de dados e um maior controle de jornadas e horários e dos horários de revezamento das escalas de serviço.**

**O registro de trabalho do servidor deve conter: entrada, início de intervalo, fim de intervalo e saída do expediente. A partir dos dados de registro, serão contabilizadas as horas positivas e negativas, faltas e ausências e demais subsídios para registro de pessoal e cálculo de pagamento.**

**É necessária a validação, pela chefia imediata, dos relatórios de frequência individuais dos servidores mensalmente.**

**Site:**

**<https://sisref.sigepe.gov.br/sisref/entrada.php>**

**Manuais e outros arquivos:**

<https://sisref.sigepe.gov.br/sisref/manual.php>

### **FORPONTO**

O **FORPONTO** é o sistema eletrônico utilizado na SESDF para controle da frequência dos servidores. A utilização do **FORPONTO** reduz a tramitação de uma grande quantidade de autos administrativos relacionados à frequência e permite que os chefes das unidades administrativas realizem a validação por meio de qualquer computador ligado à rede da SESDF.

**Site:**

<http://pontoweb.saude.df.gov.br/forponto/fptoweb.exe>

### **TRAKCARE**

O TrakCare é um sistema unificado de informações de saúde, que permite ao profissional da saúde das UBSs acessar os resultados de exames e prontuários de saúde dos usuários atendidos no âmbito da atenção secundária e hospitalar. Ele também permite aos técnicos administrativos fazerem as escalas dos servidores.

**Site:**

<http://trakcare.saude.df.gov.br/>

### **SAIBA MAIS:**

[Atestados e Afastamentos](#)

[Manual do servidor](#)

[Manual de Redação da Presidência da República](#)

[Manual de Comunicação Oficial do Governo do Distrito Federal](#)

## GESTÃO DE CONFLITOS

Os conflitos fazem parte das relações, isso porque nos relacionamentos cotidianos de modo geral, incluindo-se também o trabalho em saúde, nem sempre há concordância de ideias e perspectivas entre os trabalhadores e/ou com a gerência, resultando em tensões. Nesse sentido, são frequentes os conflitos, que podem se apresentar como fenômenos, fatos e comportamentos no cotidiano do trabalho da UBS.

Esses conflitos podem ser “ruídos”, fatos observáveis (aqueles que exigem tomadas de provisão do gerente) ou encobertos (aqueles que circulam nos bastidores), que permeiam, por exemplo, as relações interpessoais e, de igual modo, exigem o enfrentamento da situação (CARVALHO; PEDUZZI; AIRES, 2014).

Nesse contexto, cabe ao gerente da GSAP adotar providências e, para isso, é importante compreender o conflito em uma perspectiva construtiva, como parte da evolução e transformação social, e que possibilita a melhoria do diálogo e das relações.

Além disso, colocamos à disposição alguns dispositivos e analisadores que podem, de forma colaborativa, apoiar a GSAP na condução das providências a serem adotadas:

- Utilizar sempre um canal de comunicação com os trabalhadores da UBS, mantendo-o atualizado com informações e/ou normativas que organizam a gestão e os processos de trabalho, do ponto de vista administrativo e técnico do trabalho das equipes. Quanto maior e mais ampla a circulação das informações, melhor para garantia de um diálogo fluido e consensualizado entre todos.
- As reuniões de equipe e os espaços coletivos na unidade de saúde são possibilida-

des que podem contribuir para minimizar os ruídos de comunicação e estão previstos na Portaria nº 77 (Seção V, Art. 33, § 2). Portanto, é importante garantir a estrutura para o funcionamento desses espaços na UBS: local, horário, agenda protegida, cronograma planejado, formas de registro das discussões e encaminhamentos, regimento interno e outros que possam ajudar o processo de planejamento desses espaços coletivos e a potência de suas produções e intervenções (sobre os colegiados).

- Utilizar e incentivar o uso de registros dos encontros/reuniões que aconteçam dentro da UBS, conforme orientações disponíveis
- Criar um canal de acolhimento/escuta e comunicação para diálogos individuais e/ou em grupos, quando julgar pertinente acontecerem fora dos espaços colegiados da UBS.
- Solicitar apoio institucional do setor responsável pela gestão de pessoas na ADMC ou DIRAPS nos casos em que as providências sejam para além de sua governança administrativa local.
- É importante que sejam respeitadas as orientações estabelecidas pelos códigos de ética das diferentes categorias profissionais. Uma sugestão é que esses documentos estejam com acesso facilitado para consultas, caso seja necessário.
- Além disso, é importante o amplo conhecimento dos gestores e servidores sobre o Código de Ética dos Servidores e Empregados Públicos Civis do Poder Executivo.

### SAIBA MAIS:

[Matriz de análise dos conflitos](#)

[Instrução Normativa Nº 02, de 25 de julho de 2016. \(Mediação de conflitos\)](#)

[Portaria nº 348, de 21 de julho de 2017 \(atividades de mediação como meio de solução de conflitos\)](#)

# ASSÉDIO MORAL

O assédio moral é um tema importante a ser abordado quando falamos sobre a ocorrência de conflitos no trabalho; embora seja muito comentado, ainda existem equívocos e confusões em relação ao entendimento das ações que podem estar relacionadas à prática de assédio.

Diante disso, ressalta-se que o assédio moral é uma forma de violência no trabalho e como tal se caracteriza como um fenômeno complexo, que envolve diversos fatores relacionados ao contexto social, econômico, organizacional e cultural. É entendido como “toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho” (HIRIGOYEN, 2012, p. 65).

De acordo com material elaborado pelo [Tribunal Superior do Trabalho \(TST\)](#), no serviço público, o assédio se caracteriza por condutas repetitivas e que excedem os limites da função do agente público, que podem desestabilizar emocional e profissionalmente o indivíduo ou grupo a quem se direciona.

Seguem alguns exemplos de práticas que podem estar relacionadas ao assédio moral:

- não fornecimento de informações úteis e necessárias à realização do trabalho;
- propagação de boatos, fofocas, piadas que possam gerar constrangimento e insultos em relação ao trabalhador;
- gritos frequentes e humilhações públicas;
- recusa na comunicação, exclusão social ou isolamento do trabalhador;
- delegação de tarefas impossíveis de serem cumpridas ou determinação de prazos incompatíveis para finalização de um trabalho de forma reiterada;
- vigilância excessiva, incluindo a limitação ou o controle para a utilização do banheiro ou de demais espaços da UBS;
- perseguições políticas;
- troca de função, alteração e transferências injustificadas de local de trabalho.



## QUAIS AS FORMAS DE ASSÉDIO MORAL?

O assédio moral manifesta-se de três modos distintos:

### VERTICAL

Relações de trabalho marcadas pela diferença de posição hierárquica. Pode ser:

**Descendente** - Assédio praticado por superior hierárquico.

**Ascendente** - Assédio praticado por subordinado.



### HORIZONTAL

Relações de trabalho sem distinção hierárquica, ou seja, entre colegas de trabalho em relação de subordinação.



### MISTO

Consiste na cumulação do assédio moral vertical e do horizontal. A pessoa é assediada por superiores hierárquicos e também por colegas de trabalho com os quais não mantém relação de subordinação.



**Fonte:** Brasil, 2017.

## ASSÉDIO SEXUAL

O assédio sexual é definido por lei como o ato de “constranger alguém, com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função” (Código Penal, art. 216-A).

Ressalta-se que o assédio sexual, diferentemente do moral, pode ser caracterizado a partir de uma única conduta.

## COMO DIFERENCIAR O ASSÉDIO MORAL DOS ATOS DE GESTÃO?

As práticas relacionadas à gestão que busquem a organização e a melhoria dos processos de trabalho, sem finalidade discriminatória, não caracterizam assédio.

Portanto, apresentamos exemplos de situações que não caracterizam assédio moral, conforme os diversos materiais que abordam a temática, incluindo a [Cartilha sobre Assédio Moral do Senado Federal](#), elencados a seguir.

- Atribuições de atividades, tarefas e exigências profissionais dentro das devidas competências dos cargos e profissões, que busquem estimular o cumprimento dos objetivos do trabalho e conferir maior eficiência.

A existência de críticas, cobranças, sugestões e avaliações, feitas de forma respeitosa e sem exposição vexatória, sobre a forma de realização das atividades faz parte das rotinas de trabalho.

■ Períodos de maior volume de trabalho. Em relação à sobrecarga de trabalho, a caracterização de assédio pode ocorrer apenas se for utilizada como estratégia de punição ou para desqualificar um trabalhador específico.

■ Uso de mecanismos e instrumentos de monitoramento tecnológico, como o ponto eletrônico ou a alteração da jornada de trabalho informada previamente.

■ Mais condições de trabalho, apesar de favorecerem a ocorrência de conflitos, não configuram assédio, a não ser que sejam direcionadas a um trabalhador como forma de desmerecê-lo.

■ Conflitos esporádicos entre colegas e chefia também fazem parte das rotinas de trabalho e da vida de forma geral, especialmente nos contextos de trabalho mais estressantes.

### SAIBA MAIS:

[Lei que determina sanções à prática de assédio moral no DF](#)

[Cartilha assédio moral e sexual no trabalho – Senado Federal](#)

[Cartilha de prevenção ao assédio moral - Tribunal Superior do Trabalho \(TST\)](#)

[Cartilha assédio sexual no trabalho - Ministério Público](#)

## SAÚDE DO TRABALHADOR

Os eventos acidentais relacionados ao trabalho representam um problema prioritário para a saúde pública, sendo necessárias a prevenção e a conscientização junto a empregadores, sejam eles do setor público ou do privado.

A SES/DF conta com os Núcleos de Segurança, Higiene e Medicina do trabalho distribuídos em todas as Superintendências, que são responsáveis pelas principais ações de saúde e segurança dos servidores da instituição, como inspeções nos ambientes de trabalho, avaliações de restrições, remoções por motivo de saúde, exames admissionais, periódicos e investigações de acidentes em serviços.

No dia a dia de trabalho na UBS, os trabalhadores encontram-se expostos a fatores que podem causar adoecimento e acidentes de trabalho. A implementação de fluxos, rotinas, protocolos operacionais padrão (POP) e treinamento em serviço são estratégias de organização do processo de trabalho que contribuem para minimizar riscos de exposição a patógenos e a demais agentes causadores de acidentes. Entre as condutas e rotinas sobre o acidente de trabalho, destacam-se as que se referem à exposição a material biológico (ATMB).

O trabalhador acidentado deverá ser atendido imediatamente no seu local de trabalho, em conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais e em cumprimento à Norma Regulamentadora nº 7. Im-

portante destacar que o trabalhador deverá possuir cartão SES para atendimento na rede da SES/DF. Esse cartão pode ser feito em qualquer unidade de saúde da rede pública.

No caso dos servidores do DF, a Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho (SUBSAÚDE) é a área que realiza o gerenciamento da segurança e saúde, sejam eles da Administração Direta, Autárquica ou Fundacional. É lá onde são feitas as perícias médicas dos servidores que necessitam de afastamento superior a três dias e também onde são pensadas, por exemplo, políticas de promoção da saúde dos servidores dos diversos órgãos do GDF, incluindo a SES.

A [Subsecretaria de Segurança e Saúde no Trabalho \(Subsaúde\)](#) desenvolve diversos programas e grupos voltados para a informatização, suporte de saúde, apoio psicológico, diagnóstico e tratamento de enfermidades que acometem servidores do GDF.

Dessa forma, os gerentes das GSAPs podem entrar em contato caso tenham interesse ou necessidade de orientações e abordagens específicas, por [meio dos contatos Subsaúde](#). Destacamos os seguintes: Programa de Gestão dos Riscos Psicossociais relacionados ao Trabalho; Programa de Atenção ao Dependente Químico (PADQ); e Programa de Atenção à Saúde Mental Materna (PASMM).

[Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição \(PEP\) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.](#)

## TELETRABALHO

Servidores efetivos da SES/DF podem integrar o regime de teletrabalho, desde que autorizados pela chefia imediata e em conformidade com os critérios e requisitos estabelecidos nos normativos vigentes, [Decreto nº 39.368, de 04 de outubro de 2018](#), e a [nº Portaria 548, de 08 de junho de 2021](#).

Caso o servidor(a) adote o teletrabalho, deve ser elaborado um plano de trabalho contendo as tarefas a serem executadas. As atividades devem ser compatíveis com o trabalho não presencial e avaliadas periodicamente quanto a seu cumprimento e adequação ao plano de trabalho pactuado.

## MAIS MÉDICOS

O Programa Mais Médicos - PMM é um programa do Governo Federal que tem como objetivo aumentar a oferta de médicos nos municípios brasileiros, sobretudo, nas regiões remotas e de difícil acesso. A adesão do PMM pelos municípios é feita de forma voluntária, através de critérios de prioridades. O Distrito Federal aderiu ao programa e conta com médicos do programa distribuídos pelas Regiões de Saúde do DF, de acordo com a necessidade de cada uma.

Os procedimentos diversos que envolvem os profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos aqui no DF estão descritos na Circular nº 3/2020 da SES/SAIS/COAPS/DESF, que tem como objetivo uniformizar entendimento para o melhor desempenho das atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Circular nº 3/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF, SEI 00060-00161615/2020-40.

## VOLUNTARIADO NA UBS

Existe no âmbito da SES/DF a possibilidade de serviço voluntário em duas modalidades: o voluntário social e o voluntário profissional. O voluntariado social é voltado às pessoas que desejam desenvolver atividades de diversas áreas (música, contadores de história, trabalhos manuais, etc.), o cadastro é feito pelo Portal do Voluntariado.

No voluntariado profissional, o voluntário escolhe a área em que deseja atuar e, para isso, é necessário registro profissional. Essa atividade é em

caráter voluntário, sem vínculo profissional/empregatício e sem remuneração. O termo de adesão é pactuado entre o voluntário e um responsável do setor onde o serviço será prestado. Existe a possibilidade de prestar serviço voluntário em todas as unidades de saúde da SES/DF e em diversas áreas de conhecimento. A documentação necessária se encontra no site da secretaria, e a formalização é feita pela Gerência do Voluntariado – GEVOL/DIMAT/CIGEC/SUGEP.

### SAIBA MAIS:

[Voluntariado - SES/DF](#)

[Portal do Voluntariado](#)

[Voluntário – Perguntas frequentes](#)

[Acesso externo ao ambiente corporativo - teletrabalho](#)

## ESTÁGIOS

A SES/DF, em parceria com as instituições de ensino públicas e privadas, oferece atividades extracurriculares (estágio) para os estudantes regularmente matriculados em cursos técnicos ou de graduação. Os estagiários são supervisionados por servidor do setor/cenário onde será realizado o estágio. Cabe ao supervisor, junto com o docente responsável da instituição de ensino, acompanhar as atividades dos estudantes durante o estágio. Qualquer servidor(a) na unidade pode atuar como supervisor(a).

Para oficializar a entrada do estudante estagiário no cenário de prática, é preciso estar atento às orientações da Portaria nº 1.031, de 5 de outubro de 2018:

*O encaminhamento dos estudantes aos campos/cenários da SES-DF será realizado de acordo com as vagas distribuídas para as instituições de ensino e pactuadas no Plano de Trabalho, mediante a apresentação da seguinte documentação na EAPSUS/FEPECS, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis anteriores ao início da realização das Atividades Práticas Curriculares:*

- I. **Termos de Compromisso de Atividades Práticas Curriculares (Anexo C), rubricados em todas as páginas e assinados pelo estudante, cujas responsabilidade das informações prestadas e legitimidade das assinaturas são das instituições de ensino públicas ou privadas conviadas;**
- II. **Planilhas de Grupos de Estágio ou Planilhas de Grupos de Atividade Prática Supervisionada padronizadas pela EAPSUS/FEPECS e devidamente preenchidas e assinadas pelo representante legal da instituição de ensino;**
- III. **Planos de Trabalho devidamente preenchidos e assinados pelo chefe do cenário, pelo Chefe do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - NEPS ou unidade correspondente, pelo dirigente máximo da estrutura orgânica onde as atividades serão realizadas e pelo representante legal da instituição de ensino.**

### Saiba mais:

- [\*\*Portaria nº 293, de 18 de outubro 2013\*\*](#)
- [\*\*Portaria nº 1.031, de 5 de outubro de 2018\*\*](#)

# GESTÃO ADMINISTRATIVA

Os fluxos administrativos precisam estar bem estabelecidos e pactuados entre GSAP, DIRAPS, Diretoria Administrativa e Superintendências das Regiões de Saúde, para melhoria da eficiência dos ser-

viços da APS. As GSAPs desempenham rotinas com interlocução com as seguintes gerências e núcleos da Diretoria Administrativa, em especial:

- **GERÊNCIA DE ORÇAMENTO E FINANÇAS**
- **GERÊNCIA DE PESSOAS**
  - \* **Núcleo de Controle de Escalas**
  - \* **Núcleo de Educação Permanente em Saúde**
  - \* **Núcleo de Gestão de Pessoas das Unidades de Atenção Primária**
  - \* **Núcleo de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho**
- **GERÊNCIA DE APOIO OPERACIONAL DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**
  - \* **Núcleo de Atividades Gerais, Manutenção Predial e Transporte**
  - \* **Núcleo de Logística Farmacêutica**
  - \* **Núcleo de Hotelaria em Saúde**
  - \* **Núcleo de Almoxarifado**
  - \* **Núcleo de Patrimônio e Documentação Administrativa**
  - \* **Núcleo de Tecnologia da Informação**

## SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS DE ALMOXARIFADO

### Almoxarifado

Para que sejam realizadas as ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, as unidades básicas precisam ter acesso aos materiais e insumos do almoxarifado. Na SES-DF, tais insumos são armazenados e distribuídos pelo Almoxarifado Central aos Almoxarifados regionais, que, por sua vez, abastecem as unidades básicas de saúde. Desta forma, orienta-se a realização das seguintes atividades, preferencialmente pelo técnico administrativo ou pela coordenação de equipe.

- Elaborar planilha que permita o controle de entrada e saída de materiais de almoxarifado, bem como a validade dos produtos, a fim de evitar que vençam nas UBSs e maiores estoques na unidade.
- Registrar código do produto conforme SISMATERIAIS, nome, lote, data de validade, e permitir o consumo médio mensal dos produtos utilizados na UBS, além de outra informação que for julgada pertinente.

- Monitorar o vencimento dos produtos para que, ao menos dois meses antes, os gestores avaliem se há tempo hábil para uso antes do vencimento ou se outra medida deverá ser tomada a fim de evitar o desperdício.
- Alimentar a planilha toda vez que houver o abastecimento do estoque, retirada para atender a outra UBS, quando ocorrer o vencimento do produto.
- Contar mensalmente o estoque, com apoio da(s) eSF antes de receber novo pedido de abastecimento.
- Fazer pedidos no SISMATERIAIS de produtos de almoxarifado. A solicitação deverá observar o consumo médio mensal e o estoque atual, a fim de evitar o acúmulo desnecessário de produtos e os desperdícios de espaço de guarda. Para a retirada do material, checar as rotinas da região.

É orientado às GSAPs que seja feito o controle de retirada de materiais no almoxarifado nas UBSs. Sugere-se designar alguns servidores responsáveis pela retirada do material para um maior controle do estoque nas UBSs.

### **Dispensação de fraldas**

O Protocolo de fornecimento de fraldas descartáveis norteia o trabalho dos profissionais de saúde da APS no planejamento e execução das atividades de solicitação e dispensação de fraldas descartáveis no Distrito Federal. Recomenda-se a criação de um bloco interno no SEI.

Recomenda-se a criação de um bloco interno no SEI com acesso aos servidores da UBS com os processos de fraldas de cada usuário, para alimentação, inserção dos documentos e quantidades necessárias pelas equipes. É uma estratégia que visa a otimizar e a permitir o registro documental eletrônico e melhor controle dos profissionais responsáveis pela tarefa (eSF e técnico administrativo).

## FARMÁCIA - CONTROLE E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

A GSAP deve designar servidores técnicos e/ou auxiliares, os quais devem estar aptos para execução das atividades acima descritas, sendo vedado na farmácia o rodízio de pessoas que não estejam qualificadas ao serviço, conforme Nota Técnica nº 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF (00060-00532777/2018-52):

- O serviço de farmácia é dividido em atendimento ambulatorial e interno.
- O farmacêutico da GSAP deverá orientar e supervisionar as atividades realizadas pelos servidores técnicos e auxiliares nas farmácias interna e ambulatorial.
- Para o abastecimento dos medicamentos que serão posteriormente fornecidos à população, os pedidos deverão ser realizados à GADMLAB/DLOG (Gerência de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Materiais Laboratoriais) - NUMEBE (Núcleo de Medicamentos Básicos e Estratégicos).

- Para o abastecimento de materiais médico-hospitalares, materiais de odontologia, medicamentos de uso interno e vitamina A, os pedidos deverão ser realizados ao Núcleo de Logística Farmacêutica (NLF). Esses pedidos deverão ser processados pelo sistema de informação Alphalinc, mensalmente, com cronograma estabelecido de acordo com o ano vigente.

- A gestão de medicamentos, materiais e demais insumos deve ser realizada por meio do sistema de gestão de materiais SISMATERIAIS (Alphalinc), conforme definido na PORTARIA Nº 436, DE 04 DE MAIO DE 2021, que regulamenta os Procedimentos Operacionais do SISMATERIAIS.

Os serviços prestados pelas farmácias das UBS incluem atividades de apoio às equipes de saúde (farmácia interna) e de atendimento aos usuários (farmácia ambulatorial), conforme quadro de atividades:

Atividades das farmácias da UBS	
Recebimento e avaliação da prescrição e demais documentos	Montagem de kits para pacientes em cateterismo vesical intermitente e em uso de curativos ou outros materiais
Identificação dos medicamentos e registro de informações na via da prescrição do usuário	Solicitação e recebimento dos medicamentos e produtos para saúde junto ao NUMEBE e/ou Núcleo de Logística Farmacêutica (NFL)
Envio de dados e planilhas contendo informações de pacientes para monitoramento das informações pela assistência farmacêutica central (GCBAF/DIASF)	Abastecimento e reposição dos itens do carro de emergência
Registro de consumo em sistema informatizado	Armazenamento, organização, contagem e controle de estoque
Orientações aos usuários acerca do uso dos produtos e informações sobre unidades de referência para acesso a medicamentos em outros pontos na rede	Checagem e registro da temperatura e umidade no ambiente de armazenagem e refrigeradores
Remanejamento de medicamentos para evitar perdas por prazo de validade	Recolhimento e descarte de produtos vencidos e/ou devolvidos por usuários
Atendimento às demandas internas da UBS (sala de medicação, curativos, vacina e equipe de saúde)	Solicitação de fitoterápicos (apenas unidade cadastradas como referência juntas às Farmácias Vivas)

**Fonte:** GCBAF/DIASF 2021

- Na ausência de profissional farmacêutico, é responsabilidade do gerente da GSAP a solicitação de insumos da unidade ao NFL. Tal atividade pode ser compartilhada com a equipe gerencial, incluindo supervisão, técnico administrativo e coordenação de equipe.
- É importante sempre fazer um levantamento de estoque para pedir apenas o necessário para abastecer o mês, conforme o consumo da unidade.

- Como forma de apoiar os servidores na execução dos cálculos para pedido de medicamentos e produtos para a saúde, foi idealizado o LOGOS-APS. Trata-se de uma ferramenta de auxílio que fornece elementos para o cálculo de cada item com base em dados como consumo e estoque da UBS. Fornece também indicadores sobre abastecimento, como ferramenta complementar para auxílio no controle de estoque. Para solicitar a tabela, basta enviar e-mail para gerenciaab.saude.df@gmail.com.

- As solicitações de emergência deverão ser consideradas apenas para casos excepcionais (uso de material maior do que a média previs-

ta ou se no pedido mensal foi recebida quantidade menor do que a média de uso da UBS).

## CONTROLE DE ESTOQUE

**#1**



Em conjunto com as equipes, fazer contagem de todos os insumos e medicamentos da UBS.

**#2**



Alimentar os dados da contagem de estoque para controle do quantitativo e validade dos insumos.

**#3**



Solicitar todos os insumos no SISMATERIAIS necessários ao atendimento mensal da UBS.

**#4**



Realizar a retirada dos insumos quando liberado pelo NLF. Ver fluxo de transporte.

**#5**



Alimentar a planilha/sistema com os insumos recebidos, registrando quantidade, lote e data de validade.

**#6**



Fazer planilha que conste o que foi pedido e o que foi recebido para estatísticas que comparam o que foi pedido com o que foi entregue.

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

- Para o fornecimento de medicamentos e materiais, as farmácias devem seguir o disposto na [Portaria nº 250, de 17 de dezembro de 2014](#), e nos demais requisitos dispostos em notas técnicas e protocolos vigentes.
- É de extrema importância adotar ações visando a reduzir a perda de produtos e medicamentos nas UBS, e a Gsap deve atuar apoiando o gestor de estoque para garantir o controle sobre as validades e a tomada de decisão sobre o remanejamento em tempo adequado dos itens sem previsão de uso, ou seja, sob risco de vencimento. Caso não haja a possibilidade de remanejamento dentro

da Região de Saúde, utilizar-se do conteúdo da Circular nº 27/2020 - SES/SULOG/DLOG (45729291), que orienta como realizar devolução de insumos aos estoques centrais.

- Além disso, a partir da publicação da [Portaria nº 576, de 13 de outubro de 2017](#), tornou-se obrigatória a divulgação da lista de medicamentos disponíveis nas farmácias, a qual deverá ser afixada em local de amplo acesso, preferencialmente próximo à farmácia ou na entrada principal da UBS. Caberá ao gerente da GSAP prover meios para a dispor.

# DISPENSAÇÃO DE INSUMOS PARA PESSOAS COM NECESSIDADE DE CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE (BEXIGA NEUROGÊNICA)

O primeiro atendimento é realizado pela eSF, que orientará o paciente e ficará responsável pelo preenchimento dos formulários necessários de insumos, de acordo com o estabelecido no protocolo de atendimento ao usuário com necessidade de

cateterismo vesical intermitente da SES/DF. O protocolo e o fluxo de atendimento podem ser encontrados no endereço: [Usuário com Necessidade de Cateterismo Vesical Intermitente](#).

## SAIBA MAIS:

[\*\*Manual de Assistência Farmacêutica na SES/DF\*\*](#)

[\*\*Medicamentos disponibilizados na SES/DF \(REME-DF\)\*\*](#)

[\*\*Regulamento dos Procedimentos Operacionais do Sis-Materiais\*\*](#)

## PEDIDO DE SUBSTITUIÇÃO DE CILINDRO DE OXIGÊNIO

O técnico administrativo, ou profissional designado para tal atividade, com o apoio da eSF, regularmente acompanhará o nível de oxigênio dos cilindros de oxigênio para evitar que a unidade fique desabastecida.

- Caberá ao técnico administrativo solicitar à empresa responsável a substituição dos cilindro de oxigênio vazios.

- Deverá registrar em planilha eletrônica as datas de troca e os tamanhos dos cilindros de oxigênio para controle.
- Alertará os gestores quando ocorrerem constantes trocas com tempo inferior ao tempo médio, sendo necessário observar os motivos das trocas mais frequentes e, se necessário, ajustar processos de utilização.

## CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)

Os materiais devem ser processados/esterilizados preferencialmente na própria UBS, evitando, assim, extravios ou mesmo uma maior necessidade de serviços de transporte. No entanto, as UBSs que não possuem estrutura para realizarem processamento e esterilização devem estabelecer rotinas e fluxos para tal finalidade.

Dessa forma, naquelas unidades onde não há autoclave operante, as equipes devem lavar os ma-

teriais, acondicioná-los em embalagens próprias, devidamente identificadas para serem esterilizados em outra UBS do território ou na CME hospitalar mais próxima.

No Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde, a seção 10 trata sobre o [“Manejo de Instrumentais para Esterilização”](#)

## QUEDA DE ENERGIA

A queda de energia na UBS é uma demanda urgente e leva à necessidade da construção de fluxos para redistribuição dos insumos e materiais que necessitam de energia como, por exemplo, vacinas e insulinas.

Em caso de queda de energia, entrar em contato com a empresa responsável pelo fornecimento, a Neoenergia Distribuição Brasília, a fim de se informar sobre previsões de reabastecimento do serviço. A empresa disponibiliza o número telefônico 0800 061 6010 (exclusivo para hospitais e unidades de saúde), conforme Circular no processo SEI 00310-00013374/2021-51. Ao entrar em contato com a empresa responsável pelo fornecimento de energia, tenha em mãos uma conta anterior ou o número da unidade elétrica, que pode ser localizado no padrão de energia.

Orienta-se estabelecer e registrar essas rotinas por escrito para os vigilantes, explicitando como acionar a gerência ou o responsável técnico pela vacina e pela farmácia, pois as quedas de energia podem ocorrer em momentos em que a unidade esteja fechada, como finais de semana e períodos noturnos.

Os refrigeradores mais modernos já possuem um sistema de acionamento remoto para que a gerência ou o responsável técnico seja avisado da queda de energia. Se necessário, redirecionar as vacinas e insulinas para outra unidade, conforme fluxo estabelecido regionalmente, seguindo os passos descritos na página 135. Para o remanejamento de insulinas, seguir o mesmo procedimento, considerando as temperaturas de armazenamento dessas.

## LAVANDERIA

As UBSs do DF utilizam as lavanderias da rede hospitalar, por não possuírem esse serviço na APS. Dessa forma, cada GSAP estabelece seu fluxo junto à GAOAPS (núcleo de hotelaria). Sugere-se que cada unidade tenha seu próprio enxoval, fazendo o levantamento do rol de roupas de acordo com suas necessidades.

Cabe à GSAP estabelecer a organização e o melhor fluxo com a escala de transporte para o recolhimento. Caso haja disponibilidade, sugere-se o uso das roupas descartáveis disponíveis, como lençóis, capotes, campos, entre outros.

## TRANSPORTE DE INSUMOS E MATERIAIS

O fluxo de transporte e preparação dos materiais biológicos e/ou demais materiais e insumos que necessitem ser encaminhados a outro ponto de atenção deverá ser organizado pelo gerente da GSAP, com participação dos servidores de cada se-

tor, com vistas a organizar e estar atento às normas vigentes de boas práticas de cada material e à disponibilidade de transporte oferecido pela SES/DF.

Pactuar fluxos com áreas responsáveis da GAOAPS/DA.

## LEVANTAMENTO E PASSAGEM DE CARGA PATRIMONIAL

É responsabilidade de todos os trabalhadores zelar pela guarda e pelo bom funcionamento dos equipamentos em uso, devendo notificar a equipe administrativa em caso de movimentação de bem patrimonial entre salas.

- Cabe ao técnico administrativo e/ou servidores designados auxiliar os gestores no levantamento anual de patrimônios nas

unidades pertencentes à GSAP identificando a localização e o estado do bem.

- Após o levantamento, o técnico administrativo manterá fixado em local visível e atualizado de cada sala a lista de patrimônios que ali constam, a fim de manter um controle periódico da entrada e saída de patrimônios nas UBSs.

- Fará uma lista de bens inservíveis (que devem ter chapa patrimonial) no sistema SEI para envio ao Núcleo de Patrimônio, que, em data futura, fará a retirada.

A conferência e a passagem de carga patrimonial devem ser realizadas sempre que houver transferência de gerência para novo titular. Seguindo as orientações, o titular anterior deverá passar ao novo titular os itens da carga patrimonial, condições e intercorrências com o patrimônio. Deve ser realizado por meio do SEI, documentos modelo: 15601599 e 43324337.

Segundo o Decreto n° 16109, de 01/12/1994, a GSAP anterior responderá por eventuais danos aos bens sob sua guarda, enquanto não transferir a responsabilidade ao sucessor ou substituto. Deve ser comunicado ao núcleo de patrimô-

nio, no prazo de 24h, a não transferência imediata do patrimônio. A responsabilidade é compartilhada entre GSAP anterior e atual, enquanto não realizada a transferência. Deve-se atentar ao último inventário patrimonial, em especial aos bens não localizados e sem tombamento, bem como a atualização patrimonial no caso da saída de inservíveis ou transferências para outras unidades.

Caso observada a subtração de algum bem presente na UBS, orienta-se a realização de Boletim de Ocorrência (B.O.), que pode ser oficializado por meio da Delegacia Eletrônica , pela internet, e a notificação do núcleo de patrimônio.

## MANUTENÇÃO E REFORMA PREDIAL

Para manutenção predial, a GSAP aciona a DIRAPS, que encaminhará a demanda para a DA/GAOAPS, que é responsável pela gestão do contrato de Manutenção Predial, por meio do executor do contrato, o qual definirá as prioridades das demandas dentro da Região, e solicitará à empresa contratada o planilhamento e posterior emissão da Ordem de Serviço para a execução da manutenção predial.

Quando o imóvel é alugado, todas as adequações necessárias deverão ser realizadas pelo proprietário antes da entrada das equipes no imóvel. Se observada necessidade de manutenção pre-

dial em um imóvel alugado, é preciso observar se o contrato de manutenção está vigente e se este contempla o imóvel em questão. Se sim, seguir o procedimento informado anteriormente.

Em relação à reforma e ampliação da UBS, a GSAP aciona a DIRAPS, que encaminhará a demanda para a DA/GAOAPS da Região. Após a análise do pleito, será feito o preenchimento do plano de necessidades (modelo definido pela SAIS) que será analisado pela SAIS/COAPS/DIRORGS/GERAOPAP e encaminhado para a SINFRA, assim definindo as prioridades de elaboração de projetos e licitação para a execução da obra.

## DOCUMENTO DE OFICIALIZAÇÃO DE DEMANDA (DOD)

Em síntese, o DOD é um documento que detalha as necessidades da área requisitante a ser atendida pela contratação. Recomenda-se a elaboração de um único DOD com a demanda consolidada por região, dessa forma a GSAP deverá apenas informar

susas necessidades (ex.: aquisição de mobiliário, bistrô elétrico, etc.) à DIRAPS e à Diretoria Administrativa (DA), responsável por coordenar e consolidar as demandas de aquisições e contratações por região, conforme fluxos pactuados regionalmente.

# PROGRAMA DE DESCENTRALIZAÇÃO PROGRESSIVA DE AÇÕES DE SAÚDE (PDPAS)

Pedidos que não são de rotina da SES/DF podem ser adquiridos por Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde (PDPAS), após análise da área responsável; por isso, deve-se abrir Processo SEI solicitando o material e encaminhá-lo para a Diraps da Região, que encaminhará à Diretoria Administrativa - DA, área responsável pela gestão orçamentária e financeira da região. O PDPAS permite a aquisição de alguns materiais de consumo e medicamentos padronizados, realização de reparos nas instalações físicas e equipamentos, contratação de serviços e pagamento de outras despesas disciplinadas pela SES.

Conforme o [Decreto nº 31625 de 2010](#), artigo 7º “V – somente poderão ser adquiridos, suplementarmente, medicamentos, materiais de consumo e outros insumos, quando não houver, na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal atas de registro de preços vigentes relativas ao item a ser adquirido; não houver disponibilidade do item em qualquer outra unidade da rede pública de saúde; e estiver devidamente caracterizada relevância dessa aquisição para a saúde individual ou coletiva da população beneficiária.

Para que não faltem materiais e insumos adquiridos por meio de PDPAS, solicita-se sempre manter informado sobre o estoque, considerando o tempo mínimo de três meses para aquisição por meio do PDPAS.

**Para o PDPAS, são necessários quatro documentos:**

- 1. Declaração de Nada Consta emitida pelo SIS Materiais (anexada como doc. externo no SEI).**
- 2. Relatório de visão gerencial do produto emitido pelo SIS Materiais (anexado como doc. externo no SEI).**
- 3. Projeto básico de compra do produto (anexado como doc. externo no SEI).**
- 4. Memorando, feito no SEI, solicitando a compra do produto.**

## SOLICITAÇÃO DE RECEITUÁRIO ESPECIAL

A retirada do receituário especial junto à GEMEC está sob responsabilidade da superintendência, diretoria ou servidor delegado para tal função, conforme orientações na Nota Técnica N.º 6/2021 - SES/SVS/DIVISA/GEMEC (62620790), que detalha os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 20/2018 - SES/DF.

A GSAP tem a atribuição de informar a relação atualizada dos profissionais autorizados a utilizar as Notificações de Receita e, com o recebimento dos talonários, seguir o fluxo de preenchimento do Mapa de Distribuição de Notificações de Receitas:

- Data em que foram entregues os receituários especiais a determinado profissional médico.

- Número ou série numérica: início e fim da série entregue a determinado profissional médico.
- Nome do profissional e CRM: preencher com nome completo e o número do CRM.

- Tipo de receituário: preencher o tipo do receituário e a assinatura do profissional médico que ficará responsável por determinada série de receituários.

## EXECUÇÃO DE CONTRATOS E ATESTO

A Cartilha do Executor disponibiliza aos servidores que atuam nessa condição normas pertinentes ao acompanhamento e à fiscalização da execução de contratos e convênios celebrados no âmbito da SEPLAG, sem, contudo, esgotar o assunto, que é dinâmico e passível de revisão, conforme os avanços da legislação e dos processos gerenciais.

Dessa forma, espera-se que, cientes de suas atribuições, responsabilidades e direitos, os executores possam desempenhar com eficiência suas funções, de modo a garantir a boa aplicação dos recursos públicos e contribuir com os órgãos de controle interno e externo, com vistas à constante melhoria da gestão pública.

O atesto é uma das responsabilidades do Executor do Contrato e consiste na declaração de cumprimento da obrigação. Devem-se observar as recomendações exaradas no Acórdão nº 2254/2008 – Plenário do TCU.

Ao atestar a prestação de serviço, a entrega de material/equipamentos ou a conclusão das etapas de obras e serviços de engenharia, o Executor:

- Deve observar o cronograma e a planilha de serviços executados previstos no contrato.
- Pode assumir provisoriamente a carga patrimonial, na qualidade de detentor dos bens

adquiridos, se conveniente à Administração, passando-a ao requisitante por ocasião do recebimento definitivo.

- Deve saber que o recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil do contratado pela solidez e segurança da obra ou do serviço.
- Deve compreender que, no caso de compras e locações, é possível expor ressalvas ou glosar despesas pela irregular execução.
- Deve verificar, com o auxílio da área de orçamento e finanças, a adequação dos tributos incidentes na fatura e a correção das retenções que são indicadas.
- Deve devolver, no caso de incorreção de valores ou de qualquer outra especificação incorreta no documento de cobrança, à contratada.
- Deve verificar, no momento da apresentação da fatura pela empresa, a documentação e as certidões que acompanham a nota fiscal. Se ausente qualquer documento previsto em contrato, deve relatar a ausência e, *ad cautelam*, solicitar formalmente a regularização à empresa, alertando-a das penalidades previstas em contrato.

### SAIBA MAIS:

[Cartilha do Executor do Contrato](#)

[Decreto nº 31625 de 2010](#)

[Processo SEI 00060-00239529/2021-31](#)

[Nota Técnica sobre a Instrução Normativa nº 20/2018-SES/DF \(17876153\)](#)

[Nota Técnica N.º 6/2021 - SES/SVS/DIVISA/GEMEC \(62620790\)](#)

## FLUXO PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS

O Gerente, o Supervisor de Serviços da APS ou o profissional de saúde bucal (com ciência do gerente) farão o contato com a empresa prestadora de serviço e manutenção de equipamento odontológico, caso haja necessidade. A lista de empresas é encontrada na GAOAPS ou na GEO/DASIS (Gerência de Serviços de Odontologia da Diretoria de Atenção Secundária e Integração de Serviços).

A GSAP (ou outro profissional designado internamente para essa atribuição) deverá ligar (ou encaminhar e-mail) para a empresa responsável pelo serviço informando a necessidade de manutenção do equipamento odontológico, para que

esta compareça à UBS. Na ocasião, o serviço deverá ser acompanhado pelo gerente da GSAP ou por profissional de saúde bucal que fará a validação do serviço.

Sugere-se que seja feito o registro das solicitações, por meio de processo SEI (para controle interno) ou outro instrumento definido internamente.

No caso da saúde prisional, a aquisição e a manutenção dos equipamentos odontológicos são de responsabilidade dos gestores da Administração Penitenciária.

### SAIBA MAIS:

#### [Lei Orgânica do DF](#)



Fonte: Breno Esaki

# SISTEMAS DE INFORMAÇÃO RELACIONADOS À GESTÃO DE MATERIAIS E INSUMOS

## SISMATERIAIS (ALPHALINC)

**Por meio do sistema de informação Alphalinc, deverão ser solicitados mensalmente os materiais, os medicamentos e a vitamina A, conforme cronogramas estabelecidos pelo NLF e/ou NUMEBE. Ao operar o sistema, sempre identificar o “Local Abastecedor”.**

## SISTEMA DE INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE (SIES)

**O Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde - SIES é o sistema oficial de movimentação de vários insumos na SES/DF.**

**Link do site:**

<http://sies.saude.gov.br/senha.asp>

**Manual de treinamento:**

<https://central3.to.gov.br/arquivo/305911/>

**Tutorial:**

[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-11/tutorial-sies\\_cadastro.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-11/tutorial-sies_cadastro.pdf)

**Passo a passo:**

[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-11/passo-a-passosobre-sies\\_movimentacao-de-estoque1.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-11/passo-a-passosobre-sies_movimentacao-de-estoque1.pdf)

## SISTEMA HÓRUS

**Sistema de informação do Ministério da Saúde utilizado para gestão de talidomida e escrituração de medicamentos sujeitos a controle especial pelos farmacêuticos.**

**Site:**

<https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus>

**Manuais:**

<http://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus/manuais>

**Cursos:**

<https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica/sistema-horus/capacitacao>

**Sistema SISLOGLAB - Nota Técnica N.º 1/2020 - SES/SVS/DIVEP/GEVIST  
(33810935) Passo a passo:**

<http://www.fepecs.edu.br/eadeapsus/mod/resource/view.php?id=571>

**curso: Capacitação para utilização do Sistema de Controle Logístico dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C – SISLOGLAB - eapSUS**

## SOLICITAÇÃO DE HORÁRIO ALTERNATIVO DA UBS

Quando requerido horário alternativo de funcionamento, é fundamental que o gerente ou o supervisor descrevam em processo eletrônico SEI as justificativas para a solicitação do novo horário de funcionamento, bem como as seguintes informações:

- Medidas tomadas para manutenção do horário de funcionamento atual.
- Carga horária total e por categoria profissional em atividade e afastada (considerando abonos concedidos, férias, atestados, folgas de escala, teletrabalho).
- Produtividade da UBS por categoria profissional e turnos de atendimento, que justifique a concentração de profissionais em outros períodos.
- Escalas com registro de ação da gerência relativa à prévia tentativa de remanejamento dos servidores (de todas as categorias).
- Deliberações em reuniões colegiadas e medidas vislumbradas por servidores e conselho de saúde.
- Especificação da solicitação e seu período de vigência.
- A solicitação deve ser enviada à COAPS, após manifestação e anuênci da DIRAPS e da Superintendência. Após o período de mudança emergencial, caso a necessidade permaneça, a aprovação deve ser realizada pelo Colegiado de Gestão da SES, conforme estabelecido pela Portaria nº 77, de 14/02/2017, em seu Art. 8º, § 3º.

# GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

## AUTOGERENCIAMENTO DO TRABALHO

A organização do processo de trabalho interno e a gestão do tempo são essenciais para o trabalho da GSAP. Além de conhecer suas competências, é importante mapear todas as atividades cotidianas e rotineiras da UBS. Cabe lembrar que as atribuições da GSAP não se esgotam com as atividades internas à UBS, também se referem à comunidade, ao ambiente e ao contexto socioepidemiológico para os quais as ações da UBS são orientadas (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2019).

Existem ferramentas validadas e instrumentos de organização do trabalho que podem ser úteis e de conhecimento de todos das equipes na APS.

Abaixo seguem indicações relativas a temas como: Territorialização, Organização do Processo de Trabalho, Gestão do Cuidado, Comunicação, Planejamento, Monitoramento, Avaliação e SIS e Educação e Gestão do Conhecimento.

### EXEMPLOS DE FERRAMENTAS GERENCIAIS NA APS

#### TERRITORIALIZAÇÃO



- Fichas de cadastramento;
- Mapa vivo;
- My Maps/QGIS;
- Base populacional - IBGE;

- Levantamento epidemiológico do território;
- Informes epidemiológicos da SVS/SESDF.

#### ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO



- Gerenciamento do trabalho em equipe (Trello, Basecamp, Slack, Teams, etc.);
- Agendas coletivas/conjuntas (Google, Outlook, etc.);
- Colegiados e reuniões de equipe;

- Protocolos e Manuais técnicos;
- Procedimentos Operacionais Padrão (POP);
- Fluxogramas;
- Escalas de trabalho;
- Relatórios.

#### GESTÃO DO CUIDADO



- Projeto terapêutico singular;
- Discussão de casos;
- Genograma;
- Ecomapa;

- Matriciamento;
- Consultas compartilhadas;
- Ações coletivas (grupos terapêuticos/temáticos).



## COMUNICAÇÃO

- Diálogos individuais e em equipe;
- Aplicativo de mensagens instantâneas (Whatsapp, Telegram);
- E-mail;
- Redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, etc.);
- Páginas web e blogs;
- Vídeos e transmissão ao vivo (Youtube, Zoom, StreamYard, Meet, etc.);
- Boletins epidemiológicos;
- SEI;
- Memorandos;
- Ouvidorias;
- Pesquisa de satisfação com o usuário.



## PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

- Planilhas eletrônicas;
- AGL/AGR;
- Bases de dados: IBGE, TABNET, SCNES, e-Gestor, Codeplan, Sala de Situação/DF, etc.);
- Indicadores (e-SUS e outros sistemas da SES/DF);
- ATS e avaliação econômica em saúde.



## EDUCAÇÃO E GESTÃO DO CONHECIMENTO

- Educação permanente em saúde (oficinas, cursos presenciais/EaD, tele-educação, videoconferências);
- Eventos e feiras de experiências;
- Cartilhas educativas;
- Aplicativos educacionais;
- Atividades educativas com a população;
- Pesquisas científicas.

É preciso ter clareza entre os papéis e atribuições dos profissionais que possuem funções administrativo-gerenciais. A GSAP deve coordenar essas atividades orientando as equipes a desenvolverem as atividades administrativas relacionadas à gestão do cuidado.

A seguir, serão descritas as atribuições regimentais relacionadas à equipe gerencial e algumas atividades que podem contribuir no exercício da clínica e dos processos assistenciais, gestão de pessoal, gestão administrativa, limpeza e manutenção predial, coordenação do cuidado.

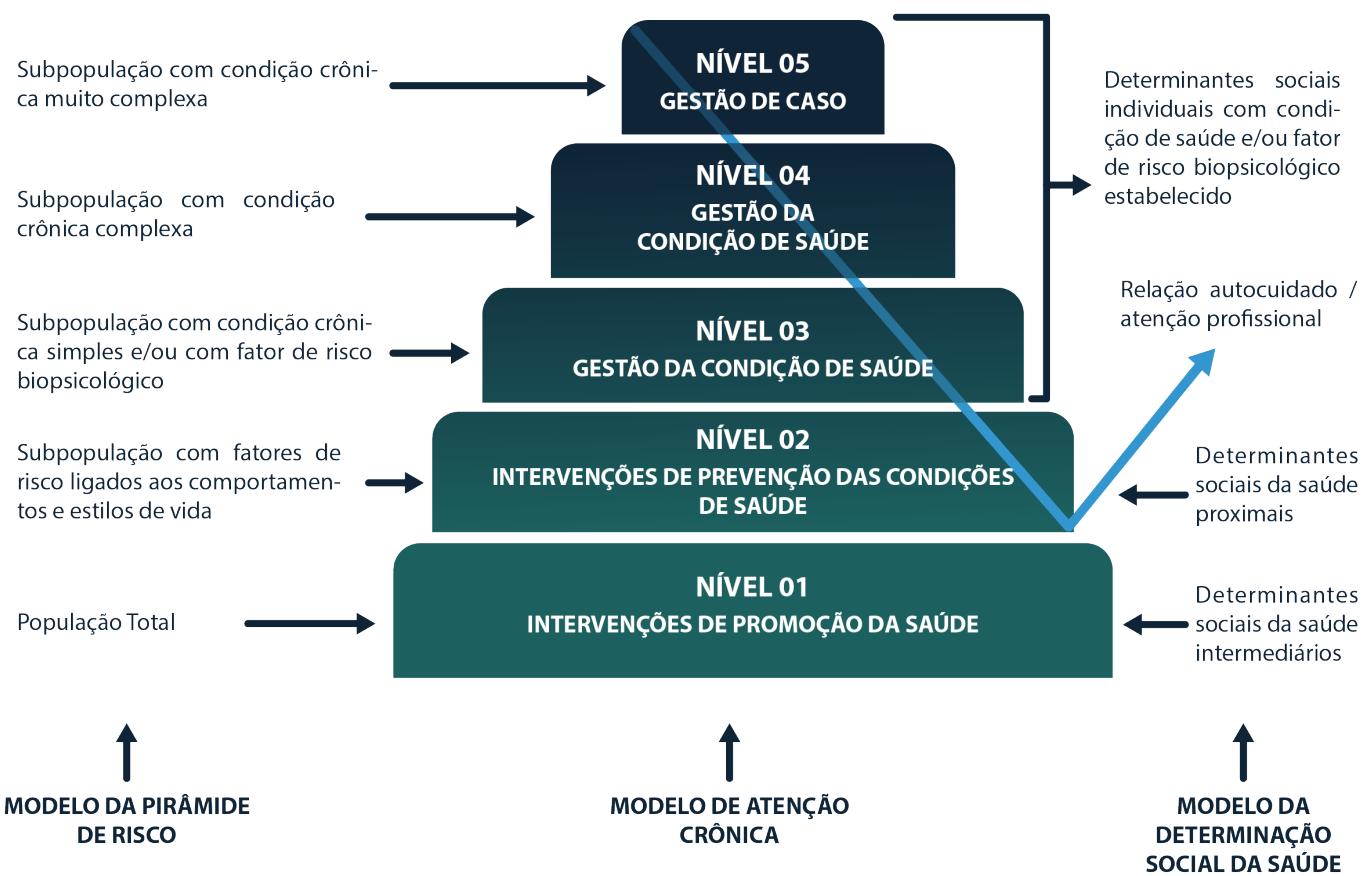
**Fonte:** elaboração própria, 2020.

## GESTÃO DA CLÍNICA E DOS PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### **Supervisionar as atividades assistenciais das UBSs do território e a produtividade da equipe:**

- Monitore e avalie os indicadores de acesso por meio do e-SUS e crie junto à equipe possibilidades para melhorar: quantidade de atendimentos individuais, pressão da demanda espontânea sobre o número global de atendimentos da unidade, comparecimento dos usuários, tempo de espera dos usuários, atendimentos não concluídos.
- Acompanhe a oferta de vagas por meio das agendas no e-SUS, verificando se a oferta de vagas e turnos está de acordo com o pactuado.
- Monitore a qualidade dos cadastros, consistência dos dados e suas atualizações.
- Percorra o território e busque informações com os moradores sobre velocidade dos atendimentos, o nível de satisfação e acomodação dos usuários, o nível de humanização no atendimento prestado e o nível de satisfação dos usuários com a UBS.
- Busque informações com os demais prestadores de serviço. Os seguranças e agentes de limpeza podem ser informantes-chave sobre a rotina da UBS e, com isso, ampliar a perspectiva do gerente/supervisor.
- Assegure, por meio de uma oferta de agenda ordenada e estratificada, mais acesso para quem mais precisa.
- Incentive as equipes a realizarem busca ativa e reduzirem a demanda reprimida por atendimento em saúde.
- Garanta que as equipes implementem a estratificação de risco para priorização das ações de cuidado na comunidade, no domicílio e na UBS por todos os profissionais. (Vide pirâmide ilustrativa a seguir).
- Verifique se a oferta de atendimento às gestantes, puérperas e crianças está compatível com as necessidades do território.
- Garanta que haja participação de servidores nas atividades de educação permanente e educação continuada disponibilizadas.
- Fomente a discussão de casos complexos e reporte à Diraps as necessidades de apoio técnico e matriciamento da equipe.

# MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS



**Fonte:** Mendes, 2012.

## Apoiar as ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde referentes à assistência nas UBSs do território.

- Promova ações no território que ampliem a oferta de atividades de promoção e prevenção à saúde e diminuam a pressão assistencial pelas “vagas” de atendimento.
- Valorize a atuação integral dos profissionais de Enfermagem em atividades individuais e coletivas, promovendo o reconhecimento e a adesão dos usuários ao atendimento do Enfermeiro em atividades preventivas e curativas, em demanda espontânea ou programada.
- Fortaleça as atividades coletivas, que podem ser coordenadas por NASF-AB, eSF e eSB e rodiziadas por todos os profissionais das equipes.

- Fomente a participação dos profissionais médicos nas atividades em grupo. Isso faz parte da perspectiva de cuidado integral que se deseja entregar aos cidadãos usuários do SUS. A presença desse profissional pode ajudar a comunidade a valorar a roda de conversa, o grupo de caminhada, o grupo de tabagismo, a terapia comunitária, a automassagem, a yoga como atividades e práticas que têm um efeito positivo sobre a saúde, além do medicamento prescrito.
- Faça um cronograma de todas as atividades coletivas que deseja realizar para o ano inteiro ou o semestre inteiro, observando férias, abonos, feriados e licenças previstas dos profissionais rodiziados na execução das atividades. Aproveite para acessar o e-SUS e bloquear a agenda de TODOS os profissionais da equipe nas datas previstas.

- Alcance a adequada distribuição de atividades entre os profissionais e as equipes.
- Obtenha o equilíbrio entre demanda espontânea e programada, atividades preventivas e curativas, bem como atividades

coletivas e individuais de acordo com a necessidade da população assistida e seu perfil epidemiológico.

## EXEMPLO DE CRONOGRAMA DE ATIVIDADES COLETIVAS DA UBS.

### GRUPO VIDA SAUDÁVEL

**Público-alvo:** Pacientes hiperutilizadores, com capacidade de autocuidado preservada, sem complicações importantes e condição crônica estável ou controlada.

**Objetivo:** Garantir que esses usuários tenham acesso às atividades de promoção à saúde direcionadas especificamente para o seu perfil em atividades coletivas, diminuindo a pressão assistencial pelo número de vagas, não excedendo as consultas programadas, de acordo com a estratificação de risco, para manejo clínico necessário, exames periódicos, renovação de receitas.

**Coordenação:** Nutricionista

**Quando:** Penúltima 3<sup>a</sup> feira de cada mês

DATA	TEMA	RESPONSÁVEL
20/01/2020	Custa caro comer bem?	Equipe Verde
18/02/2020	À noite me deito para dormir, mas o sono não vem	Equipe Violeta
24/03/2020	Quanto custa ser feliz?	Equipe Vermelha
21/04/2020	Feriado	FERIADO
19/05/2020	Um transplante de coluna, por favor!	Equipe Verde
22/06/2020	Tem chá de quê e chá para quê?	Equipe Violeta

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

**Apoiar as equipes assistenciais no planejamento e na programação das atividades a serem desenvolvidas, com base em diagnóstico local, indicadores de saúde e diretrizes vigentes.**

- Incentive as equipes a utilizarem o diagnóstico situacional do território e os indicadores da equipe como base para a identificação das prioridades.

- Supervisione as agendas de trabalho para garantir que há turnos disponíveis para a realização das atividades listadas. A seguir, um exemplo de agenda de profissionais de nível superior (eSF e eSB).

## EXEMPLO DE ATIVIDADES E CARGA HORÁRIA

<b>Atendimento individual em consultório</b>	<b>30 a 34h</b>	Atendimentos de demanda espontânea e programada, incluindo pré-natal, procedimentos e consultas clínicas diversas para todos os ciclos de vida, independentemente de sexo, faixa etária e condição de saúde.
<b>Atendimento em domicílio e atividades administrativas</b>	<b>2 - 4h</b>	Atendimento domiciliar e renovação de laudo para o fornecimento de fraldas e outros insumos, troca de sondas e dispositivos de ostomias, por exemplo. Investigação de óbito materno-infantil, busca ativa em domicílio. Inserção de encaminhamentos no SISREG e gestão de outros sistemas de informação.
<b>Reunião de equipe</b>	<b>2h</b>	Reuniões semanais para planejar e estruturar ações de cuidado sobre o território, as famílias e indivíduos.
<b>Reunião multiprofissional entre equipes</b>	<b>1h</b>	Colegiado gestor da UBS e situações que requeiram uma gestão compartilhada do caso com o NASF, por exemplo.
<b>Atividade em grupo e do PSE</b>	<b>1 - 2h</b>	Grupos diversos, incluindo aqueles em que há práticas integrativas e complementares em saúde.
<b>Cadastro territorial</b>	<b>1 - 2h</b>	Bloqueio da agenda para atividade exclusiva de cadastro no território.
<b>Educação permanente</b>	<b>1h</b>	Liberação do servidor para atividade de educação permanente.

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

A sugestão de escalonamento do horário deve levar em conta as peculiaridades da equipe, o tipo de vínculo e a carga horária dos profissionais, bem como as características do território e da população adscrita. A programação de atividades

deve ser flexível, por exemplo, pode-se acumular o total de horas em uma única atividade de educação permanente, de 4 horas por mês. Por outro lado, as atividades assistenciais, na UBS e no domicílio, bem como as reuniões de equipe, devem ter regularida-

de semanal, visto que são os pilares para organização da equipe e atendimento às necessidades de saúde. Quando for necessário fazer reunião geral da UBS, programe com antecedência, comunique a comunidade e organize agendas e escalas de forma a manter os serviços essenciais no horário definido.

**Supervisionar o cumprimento de notificações compulsórias de casos e de surtos de doenças, agravos e eventos em saúde pública.**

- Garanta que todas as equipes tenham senha de acesso ao SINAN NET, SINAN-DENGUE e demais sistemas de vigilância, e que saibam utilizar o sistema. Caso haja dúvidas, providencie apoio para saná-las.

- Utilize os dados consolidados, por agravos e doenças, para subsidiar as discussões em reuniões internas na UBS. O aumento de casos de determinado agravão e doença pode ser um alerta para novas abordagens a serem desenvolvidas pela equipe, necessidade de parcerias e matriciamento ou ajustes nas ofertas do serviço (Ex: dengue, sífilis na gestação, violência).

- Utilize as informações das notificações para o planejamento de ações no território junto com as equipes.

## EXEMPLO DE CONTROLE DE NOTIFICAÇÃO

### SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 44

	EQUIPE VERDE	EQUIPE VIOLETA	EQUIPE VERMELHA
Dengue	12	10	0
Violências	08	06	0
Sífilis Adquirida	04	04	0
Sífilis Gestacional	0	0	0
Sínd. do Corrimento Uretral	06	04	0
Caxumba	0	03	0

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

**Atualizar as equipes do território quanto a rotinas, protocolos e fluxos relacionados à assistência em sua área de abrangência.**

Divulgue em reuniões, em ferramentas de comunicação e em treinamentos, quando preciso, as diretrizes clínicas e os protocolos mais atualizados do Ministério da Saúde e da SES/DF.

Nem todos os trabalhadores utilizam o SEI regularmente e com facilidade, é possível, contudo, disponibilizar ou publicizar nos grupos de WhatsApp e nas listas de transmissão *prints* e resumos dos conteúdos mais relevantes para os processos assistenciais e administrativos da unidade.

## GESTÃO DE PESSOAL

**Participar do monitoramento e da avaliação do processo de trabalho das equipes assistenciais da APS e de indicadores definidos pela DIRAPS e Superintendência da Região.**

**Identificar e manter atualizada a necessidade de pessoal, de acordo com as diretrizes da Subsecretaria de Gestão de Pessoas.**

- Garanta que todos os profissionais tenham seus dados atualizados no SCNES e no SIGRH.
- Mantenha uma planilha com atualização constante dos dados dos servidores, incluindo nome, matrícula, categoria profissional, equipe, CH, aniversário, telefone, contato de emergência e demais informações pertinentes.
- Sinalize para a DIRAPS, conforme fluxos estabelecidos regionalmente, sobre a sua necessidade de pessoal presente e futura, quando possível estimar. Informe a quantidade de gestantes, de afastamentos prolongados e de pessoas que deram entrada nos seus processos de aposentadoria.
- Solicite avaliação da capacidade laborativa de servidores que possuem afastamentos maiores do que 30 dias, ou afastamentos sucessivos, ou quando o profissional alega possuir restrições sem ter apresentado qualquer documento da perícia médica oficial.
- Desafie os profissionais treinados a multiplicarem seus saberes e práticas adquiridos para toda a equipe e, por que não, para toda a UBS, quando o conteúdo for aplicável.
- Apoie a educação continuada e permanente em serviço no âmbito da APS, de acordo com as diretrizes da SES/DF.
- Libere o servidor para participar das atividades de educação permanente, promovendo bloqueio das agendas, evitando desmarcações e transtornos aos usuários.
- Promova qualificações internas na unidade, reservando parte da carga horária. Essas ações podem ser de matriciamento ou de instrutoria, promovidas tanto por trabalhadores locais quanto por convidados, da APS ou de outros níveis de atenção. Profissionais externos devem ser supervisionados quanto ao conteúdo, haja vista que podem orientar a prática clínica dos profissionais participantes por meio de diretrizes e protocolos contrários ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela SES/DF.
- Se desejar oferecer certificação aos seus trabalhadores para melhorar a adesão e a participação, acione o NEPS da sua Região para obter o apoio na atividade.
- Ofereça cursos e qualificações direcionados às necessidades e dificuldades das equipes e do serviço.

## GESTÃO, LIMPEZA E MANUTENÇÃO PREDIAL

### **Supervisionar as atividades relacionadas a higienização e resíduos.**

- O contrato de higienização e limpeza prevê o fornecimento de insumos destinados ao apoio de servidores, colaboradores, estudantes, usuários e acompanhantes. Comumente os insumos fornecidos pela empresa detentora do contrato são: dispensadores de álcool e de sabão, sabão líquido, álcool em gel, papel toalha e papel higiênico. Verifique se o contrato vigente abrange todos os itens e se há novos insumos acrescidos.
- Todos os itens de uso pessoal dos profissionais da limpeza devem ser fornecidos pela empresa, isso inclui os EPIs e uniformes.
- Estabeleça contato com o ponto focal regional da empresa. É a essa pessoa que você deve comunicar as faltas, os atrasos persistentes, o abandono do posto de trabalho e demais condutas incompatíveis com o ambiente de trabalho e com o serviço.
- Inspecione, afira e ateste diariamente a execução do serviço de limpeza na unidade.
- A escassez de material, quando extemporânea, pode ser tratada por meio deste contato com o ponto focal na empresa.
- Havendo falhas da empresa na prestação do serviço, devem ser comunicadas à DIRAPS, que enviará processo para a Diretoria Administrativa.
- Se for preciso estabelecer demandas não pactuadas nas rotinas, certifique-se de se tratar de uma atribuição cabível de ser executada por aquele trabalhador.
- Toda atividade que extrapola as atribuições contratuais deve ser desencorajada pelo GSAP. Isso inclui o uso da cozinha para preparo de refeições e alimentos às pessoas da UBS, pelos profissionais de limpeza. Isso configura infração contratual da SES/DF para com a prestadora de serviço e para com os trabalhadores, ainda que terceirizados.

- Reúna-se mensalmente com todos os membros da equipe de higienização. Pactue com ela a divisão das tarefas, o zoneamento das áreas, o registro, as medidas de apoio e comunicação.
- Forneça o *feedback* coletivo das atividades executadas e do desempenho da equipe (avalie a capacidade da equipe em manter a unidade limpa, interferindo muito pouco ou nada na rotina de profissionais e no trânsito dos usuários, por exemplo).
- Verifique se o contrato de limpeza da sua região permite a reposição de trabalhadores em casos de férias e demais afastamentos prolongados.
- Agende periodicamente, conforme prazos de fornecimento e prestação dos serviços estabelecidos em contrato: a) a limpeza da caixa d'água, se houver uma na unidade; b) a desinsetização e a desratização da UBS; c) o serviço de poda das árvores e de capinagem da área verde da unidade.
- Supervisionar as atividades relacionadas aos serviços de esterilização de material. Solicite ajuste e manutenção nas máquinas caso não estejam em funcionamento adequado.
- Se a sua UBS possuir capacidade de limpar, preparar e esterilizar o instrumental, estabeleça um rodízio entre as eSF para que haja uma justa distribuição dessa atividade. O arranjo pode ser semanal. As UBSs que não possuem CME devem se rodiziuar na limpeza e no preparo dos materiais que serão encaminhados.
- Um rodízio bem elaborado e que possui a anuência e a pactuação de todas as equipes é vital para não faltar material na unidade. Fiscale o cumprimento do rodízio.

# CRONOGRAMA ANUAL DE LIMPEZA DE MATERIAIS PELAS EQUIPES DA APS

SEMANA	EQUIPE	S/AUTOCLAVE	C/AUTOCLAVE
Semana 01 (dd/mm a dd/mm)	Equipe Verde		
Semana 02 (dd/mm a dd/mm)	Equipe Violeta		
Semana 03 (dd/mm a dd/mm)	Equipe Vermelha	Limpar, desinfectar, inspecionar, embalar o produto e enviar para o transporte, conforme rotina regional.	
Semana 04 (dd/mm a dd/mm)	Equipe Verde		
Semana 05 (dd/mm a dd/mm)	Equipe Violeta		

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

- Os instrumentais odontológicos são objeto de limpeza e esterilização pela equipe odontológica, que geralmente se reveza entre seus pares, técnicos de saúde bucal, na execução dessa atividade.
- Algumas UBSs possuem apenas a autoclave que é utilizada pela odontologia e que acaba servindo para todas as equipes que desejem esterilizar materiais.
- Os insumos necessários à esterilização de material podem ser requeridos no pedido convencional que as UBSs fazem para o abastecimento da farmácia interna por meio do Alphalinc.
- Estabeleça rotina de organização da sala de curativos para cada eSF de forma diária, bem como realize planejamento de uso dela para usuários em que as equipes estão realizando curativos periódicos.



## PLANEJAMENTO NO USO DA SALA DE CURATIVOS

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
<b>MANHÃ</b>	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:
<b>TARDE</b>	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:	Equipe: Paciente: Horário:

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

## COORDENAÇÃO DO CUIDADO

### **Supervisionar o cumprimento dos fluxos de referência e contrarreferência na região e inter-regiões.**

- Faça um levantamento do SISREG de quais são as consultas e exames mais demandados pela população no território.
- A partir desses dados, trabalhe oportunamente para diminuir as demandas da população por consultas e por exames de maior complexidade.
- Estabeleça uma rotina semanal de conferência das solicitações devolvidas e de repasse delas às equipes, quando o processo de lançamento da solicitação do usuário ocorrer de forma descentralizada na UBS.
- Promova discussões regionais para fomentar a implementação de fluxos de referência e contrarreferência em urgências e emergências.
- Viabilize a participação das equipes, incluindo a equipe NASF, nos programas e iniciativas de desospitalização dos usuários internados que receberem alta.
- Estimule na equipe o uso dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, bem como aqueles aprovados pela SES/DF. Além de auxiliar na condução dos casos, o uso dos protocolos ajuda a dar ciência sobre os critérios clínicos elencados pela Referência Técnica Distrital da APS e necessários para encaminhamento e, com isso, reduzir a devolução de solicitações pela regulação.
- Os protocolos são resultados de análises extenuantes acerca das melhores práticas clínicas baseadas em evidência, que visam a promover resolubilidade e o menor custo pelo serviço. A adoção de protocolos é fundamental para tornar o sistema de saúde sustentável ao longo dos próximos anos.
- Dialogue com as equipes sobre a aplicação das diretrizes terapêuticas para diagnóstico e tratamento e acompanhamento de condições de saúde. Um exemplo importante é a sífilis na gestação, que requer condução clínica conforme protocolo e embasada em evidências para melhores desfechos maternos e fetais.
- No atendimento a urgências e emergências, por exemplo, é dever da APS conduzir a atenção pré-hospitalar enquanto o transporte sanitário e a remoção do usuário são providenciados. A equipe da gerência deve oferecer todo o suporte administrativo à equipe e suporte social e emocional à família/acompanhante.
- Antes da ocorrência das emergências, é dever da gerência e do supervisor garantir que a checagem dos itens do carrinho de parada aconteça periodicamente, permitindo a prestação do suporte básico de vida. Garanta que a checagem seja registrada e assinada pelo profissional que a realizou.
- Viabilize o transporte sanitário de pacientes, em sua área de abrangência, para as Unidades de Saúde de referência, conforme fluxos e normativas vigentes.
- Mantenha atualizados e acessíveis os contatos para o transporte sanitário em casos de transferência de cuidados ou em outras situações que requeiram.
- Preencha a solicitação de transporte.

**Calendário de  
ATIVIDADES MENSais**

<b>01</b> <b>Backup e-SUS</b> As unidades que utilizam a versão off-line devem enviar backup para a GPMA toda 2ª feira. <b>NVEPI</b> Enviar toda 2ª feira a semana de negativa e a monitorização da diarreia.	<b>02</b>	<b>03</b> <b>GPMA</b> Relatório de doses aplicadas por imunobiológico de janeiro até o mês imediatamente anterior. <b>GPMA</b> Relatório mensal de doses de imunobiológicos aplicadas na unidade.	<b>04</b> <b>NVEPI</b> Relatório mensal de cobertura para as vacinas pactuadas.	<b>05</b> <b>Tele-ECG</b> As unidades que realizam ECG devem enviar relatório do consolidado de produção e pedidos de ECG para o NCAIS até o dia 05 de cada mês.	<b>06</b>
<b>07</b>	<b>08</b> <b>Backup e-SUS</b> As unidades que utilizam a versão offline devem enviar backup para a GPMA toda 2ª feira. <b>NVEPI</b> Enviar toda 2ª feira a semana de negativa e a monitorização da diarreia.	<b>09</b>	<b>10</b> <b>Escala de Servidor</b> Digitar no Trakcare até o dia 10 de cada mês, a escala do mês subsequente.	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>15</b> <b>Backup e-SUS</b> As unidades que utilizam a versão off-line devem enviar backup para a GPMA toda 2ª feira. <b>NVEPI</b> Enviar toda 2ª feira a semana de negativa e a monitorização da diarreia. <b>Forponto</b> Prazo final para o tratamento do ponto.	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b> Atualizações a serem inseridas e/ou excluídas na base do SCNES da APS: até o dia 20 de cada mês.
<b>22</b> <b>Backup e-SUS</b> As unidades que utilizam a versão off-line devem enviar backup para a GPMA toda 2ª feira. <b>NVEPI</b> Enviar toda 2ª feira a semana de negativa e a monitorização da diarreia.	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>29</b> <b>Backup e-SUS</b> As unidades que utilizam a versão off-line devem enviar backup para a GPMA toda 2ª feira. <b>NVEPI</b> Enviar toda 2ª feira a semana de negativa e a monitorização da diarreia.	<b>30</b>				

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

## RESPONSABILIDADE TÉCNICA

A responsabilidade técnica é assumida junto aos órgãos de classe responsáveis por fiscalizar o exercício profissional, atendendo às exigências legais de cada categoria profissional. O Responsável Técnico (RT), entre outras atribuições, possui o dever ético de cumprir com a qualidade do cuidado prestado, mas, sobretudo, com o dever de zelar pelo exercício da profissão, evitando prejuízos na assistência ao usuário. Além do registro da responsabilidade técnica de uma unidade de saúde, existem setores que exigem a certificação de um profissional para seu funcionamento, é o caso das Salas de Vacina ([vide página 143 deste manual](#)).

### **1. O profissional RT responde pelos procedimentos realizados por outros profissionais da sua categoria?**

Não. Toda a equipe é responsável pelo cuidado prestado, mas cada um responderá pela sua participação na assistência realizada. Assim sendo, se houver negligência, imprudência e/ou imperícia nas ações desenvolvidas pelo profissional, cada profissional responderá individualmente pelas suas consequências. Cabe aos RTs a responsabilidade de supervisionar a conduta de cada membro da sua respectiva categoria profissional.

### **2. Caso o RT não deseje mais responder tecnicamente, é preciso dar baixa junto ao Conselho Regional?**

Sim. O profissional precisa dar baixa para não responder civil nem penalmente pelos atos praticados na UBS, nos quais ainda conste seu nome como RT. O profissional que deixar de exercer a atividade como Responsável Técnico na instituição deverá comunicar seu afastamento ao órgão de classe, preenchendo formulários e seguindo ritos específicos estabelecidos pelo respectivo órgão de classe.

### **3. Os profissionais podem atuar com as inscrições vencidas ou canceladas?**

Não. Os RTs devem sinalizar ao gerente da unidade quais profissionais estão com o registro no conselho de classe vencido ou cancelado, para que possam regularizar a situação junto aos seus respectivos órgãos de classe.

### **4. A GSAP ou supervisor administrativo da unidade também pode ser o RT?**

Sim. Se o gerente da UBS for enfermeiro, médico, poderá ser RT de uma dessas categorias, sem prejuízo ao exercício de suas atribuições como GSAP/Supervisor Administrativo, desde que se compreendam as responsabilidades e atribuições de um RT e de um gerente, no que elas se diferenciam e no que se complementam no gerenciamento de uma UBS.

### **5. Como o RT pode auxiliar na organização do serviço?**

O RT deverá elaborar em conjunto com os demais envolvidos na assistência ao usuário as rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na UBS. É necessário que essas normas sejam revisadas sempre que necessário e disponibilizadas a todos os profissionais da UBS.

### **6. A segurança dos profissionais deve ser garantida somente pelos RTs?**

Não. A GSAP e o Supervisor Administrativo em conjunto com os profissionais e os respectivos RTs devem oportunizar a imunização preconizada e outros imunobiológicos, bem como os equipamentos de proteção individual (EPI), conforme a NR 32. A falta da proteção dos profissionais deverá ser informada e documentada à DIRAPS por meio de documento no SEI.

## QUADRO-RESUMO SOBRE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	FARMÁCIA	MÉDICA	ENFERMAGEM
NATUREZA	Essencial e Obrigatório.	Essencial e obrigatória para o funcionamento do serviço.	Essencial e obrigatória para o funcionamento do serviço.
PROFISSIONAL ELEGÍVEL	Farmacêutico com registro no CRF DF.	Médico com registro válido no CRM-DF.	Enfermeiro com registro válido no COREN-DF.
NORMATIZAÇÃO	Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960 Resolução CFF nº 544 Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.	Resolução CFM nº 2.127/2015 Resolução CFM nº 2.147/2016	Resolução COFEN nº 509/2016
CONDIÇÃO DO VÍNCULO	O farmacêutico é responsável técnico de acordo com sua carga horária e unidade de lotação.	No caso das UBSs, um responsável técnico poderá ser designado para até 10 (dez) unidades de prestação de serviço, desde que não seja ultrapassado em cada unidade, ou em seu conjunto, o máximo de 30 (trinta) médicos.	Um enfermeiro poderá ser responsável técnico por até duas instituições, desde que trabalhe no mínimo 20h em cada uma delas e que não haja coincidência de horários.
CARGA HORÁRIA MÍNIMA	Não afixada.	Não necessário	20h/semanais
DURAÇÃO	Enquanto o profissional se mantiver como responsável técnico.	Enquanto o profissional se mantiver como responsável técnico.	Validade de 12 (doze) meses, devendo ser renovada após esse período.

**Fonte:** adaptado de Conselho Federal de Medicina, 2016, 2015; adaptado de Conselho Federal de Enfermagem, 2016.

## COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA APS

O compartilhamento das informações é a principal estratégia para reduzir barreiras de acesso dos usuários, evitar erros e diminuir demandas. A informação precisa circular na UBS e na GSAP de forma descentralizada, tanto para os servidores quanto para os usuários e comunidade.

A Política Distrital ressalta a necessidade da GSAP e da GSAPP de passar as informações essenciais aos usuários em linguagem, e sempre que possível, em idioma acessível, fortalecendo assim os canais de comunicação com a comunidade.

**Acerca disso, dispõe sobre as informações a serem afixadas em local visível, próximo à entrada da unidade, a saber:**

- 1. Identificação da unidade e do horário de atendimento.**
- 2. Mapa de abrangência da unidade, com a cobertura de cada equipe.**
- 3. Identificação do Gerente da GSAP e dos componentes de cada equipe da UBS.**
- 4. Carteira de serviços disponíveis na unidade.**
- 5. Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.**
- 6. Telefone da ouvidoria responsável.**

Outras informações importantes são:

- Compartilhamento de escala atualizada e com *layout* de fácil entendimento.
- Fluxos da unidade (devem ser visuais).
- Endereços / Equipes no Território (deve estar disponível no “Posso Ajudar” e com os vigilantes da UBS).
- Boletim de Monitoramento (Painel com número de atendimentos mensais, anuais, vacinas, dispensação de medicamento, visitas domiciliares, entre outros).

É importante que a GSAP e as equipes estabeleçam ferramentas de comunicação efetiva com os usuários utilizando as tecnologias da informação e da comunicação, por meio de telefone, WhatsApp, e-mail e/ou redes sociais, para informar sobre o funcionamento do serviço e fluxos da unidade, ou mesmo prestar atendimento e orientação remotos, conforme normativas vigentes.

A comunicação interna na UBS é essencial para o alinhamento das ações, diminuição de ruídos e melhoria da comunicação com os usuários.

O SEI é um canal importante para o acesso às informações, mas não deve ser o único. É importante pensar em estratégias diversas como: criação de painel para fixação de documentos ou informativos relevantes em local de maior permanência ou circulação dos servidores; lista de transmissão no whatsapp; além de espaço nas reuniões de equipes para informes e discussão sobre outras estratégias que podem ser construídas coletivamente.

Em relação à comunicação externa, ressalta-se que a Assessoria de Comunicação (Ascom) da SES é a área responsável pela coordenação e supervisão das atividades de jornalismo, publicidade, cerimonial e comunicação institucional desta secretaria. Portanto, a presença de veículos de mídia e imprensa deve ser reportada o mais prontamente possível para a assessoria, e a entrada e o fornecimento de informações e entrevistas somente serão permitidos após a autorização da área. Outras orientações podem ser acessadas em:

<https://www.saude.df.gov.br/comunicacao/>

## Saiba mais:

**Para contribuir com o compartilhamento de informações relacionadas à APS no DF para os trabalhadores da saúde, disponibilizamos, de forma complementar aos demais canais de comunicação, o seguinte link:**

### [Informações complementares- Manual](#)

#### **Canais de informações oficiais da SES para os usuários:**

**Carta de Serviços (modelo).**

**Unidades Básicas de Saúde.**

**Páginas Instagram e Facebook.**

**Carta de serviços ao cidadão.**

## ACESSO, ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acesso é atributo essencial da APS, motivo pelo qual “os serviços da Atenção Primária devem ser estruturados física e organizacionalmente para serem conhecidos da população e percebidos pelos usuários como facilmente disponíveis para todos que deles necessitem, de forma a estimular sua utilização como primeiro e principal contato com o sistema de saúde” ([Portaria 77 de 14/02/2017](#)). O acesso também pode ser compreendido como o contato efetivo do usuário em relação ao serviço de saúde, com resposta oportuna e adequada às suas necessidades de saúde.

Para se promover o acesso, é necessário compreender os elementos da estrutura que são capazes de promovê-lo. A isso chamamos de acessibilidade. A acessibilidade do usuário e da população sofre interferência de condições geográficas, como a distância e o tempo necessários para que o usuário acesse o serviço de saúde, e de condições sócio-organizacionais, que leva em conta os princípios e arranjos organizativos que facilitam ou atrapalham o acesso do usuário.

“A organização do trabalho das equipes deve ser feita de modo a garantir aos usuários o atendimento de suas demandas por saúde, inclusive as agudas, do modo e no tempo adequados às suas necessidades, por demanda espontânea ou mediante agendamento, garantido o acolhimento em

qualquer hipótese mesmo para a população não adscrita, que deve, no mínimo, ser ouvida, orientada e, se for o caso, direcionada à unidade responsável pelo atendimento” ([Portaria 77 de 14/02/17](#)).

Em termos práticos, uma unidade ou uma equipe que oferece à sua clientela uma modalidade de marcação de consultas presencial de forma tradicional, com abertura de agenda em dias específicos, restringe o acesso mais do que uma outra que oferece acolhimento e agendamento durante todo o seu funcionamento (e por meios como telefone e email), bem como atendimento oportuno às demandas espontâneas e urgências em atenção primária.

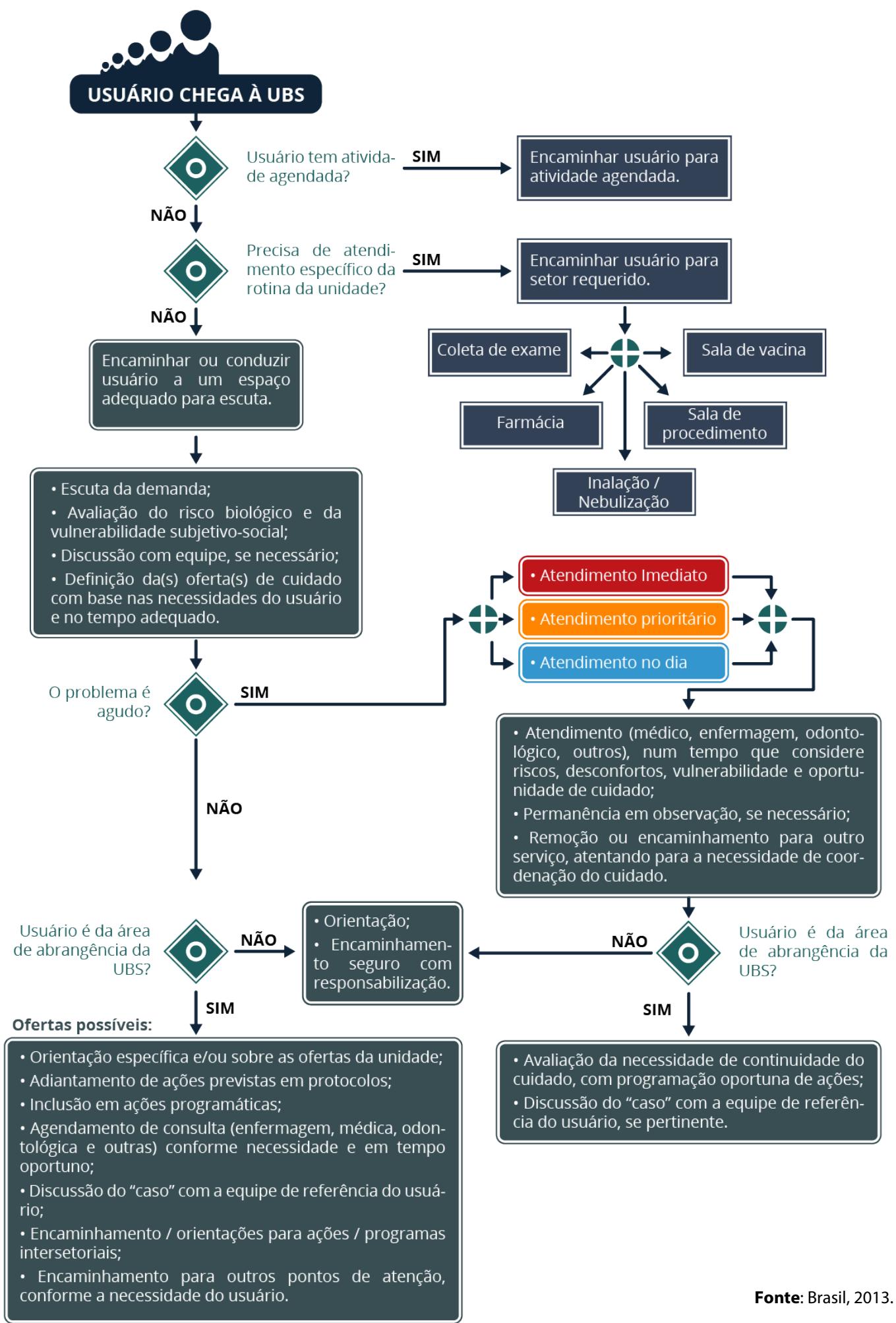
As diversas modalidades de acolhimento possíveis de implementação pela APS estão relacionadas nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº28, [volume I / volume II](#), além do [Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – APS/DF](#) e do [Protocolo de Atendimento às Demandas Espontâneas na APS](#). A sua adaptação à demanda e à realidade do território faz parte de um processo coletivo, construído a partir de discussões, experimentações e realidades vividas, que deve ser capitaneado pela GSAP e sua equipe com o objetivo de garantir maior acessibilidade.

Toda lógica de acesso, acolhimento e classificação de risco visa estratificar a população inserida no território de modo a tornar a oferta de serviços o mais efetiva possível e compatível às demandas populacionais, familiares e individuais. Muitas vezes, por questões geográficas ou elementos sócio-organizacionais, a APS pode perder a credibilidade em garantir acesso junto ao usuário, sobretudo para as queixas mais agudas, entre as quais a agudização de doenças crônicas. Para que a APS seja efetivamente a ordenadora do cuidado e a porta de entrada preferencial de acesso à saúde, as unidades básicas de saúde precisam ter fluxos de acesso e de acolhimento bem estabelecidos e padronizados conforme a necessidade da população usuária e a capacidade do serviço, para que ela possa perceber que na UBS é possível muito mais do que “um acompanhamento de rotina”, e que esta oferta uma ampla gama de serviços que perpassa por ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e vigilância à saúde.

A Política Nacional de Humanização estabelece diretrizes para o processo de acesso, acolhimento e classificação de risco, a fim de assegurar ao cidadão o atendimento às suas necessidades de saúde. O gerente deve estar atento à organização do processo de acolhimento para redução das barreiras de acesso. Quando da impossibilidade do acesso oportuno, seja por esgotamento da capacidade tecnológica ou estrutura da UBS, os profissionais de saúde devem oferecer resposta de acordo

com os recursos disponíveis e se responsabilizar em referenciar o usuário ao serviço mais adequado para o atendimento à sua necessidade. Cabe salientar que a inexistência de comprovante de endereço ([Lei 4225 de 24/10/2008](#)), de cartão do SUS ou de outros documentos não se constitui como impedimento para acolhimento e atendimento oportuno dos usuários. Na SES/DF, há orientação para que todas as unidades entreguem, quando requerido pelo cidadão, um termo justificando o porquê do não atendimento em saúde, medida que busca evidenciar a responsabilidade de gestores e trabalhadores dos serviços de saúde quanto ao seu papel organizativo para promover maior acessibilidade. O envolvimento de todos na discussão e no aprimoramento dos fluxos possibilita que gestão e equipe consigam identificar e gerir mais precocemente os riscos associados à desassistência pela falta ou pela dificuldade de acesso. Trabalhar para eliminar as barreiras de acesso, sejam elas no território, seja na organização do processo de trabalho na UBS, é atividade permanente de todos os trabalhadores da APS.

## FLUXOGRAMA DOS USUÁRIOS NA UBS



**Fonte:** Brasil, 2013.

## DIRETRIZES PARA O ACOLHIMENTO NO DF



**Fonte:** adaptado de Protocolo de Acesso da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal – APS/DF, 2018.

## ACOLHIMENTO NAS UBSPs

Sobre acolhimento nas UBSPs, na [Nota Técnica SEI-GDF nº 5/2018 - SES/SAIS/COAPS](#), o acolhimento humanizado de saúde deve ocorrer em todas as UBSPs, sendo iniciado na Divisão de Controle e Custódia de Presos (DCCP) da Polícia Civil (PCDF), preferencialmente após as audiências de custódia, estabelecendo sua continuidade nas UBSPs de acordo com a movimentação das PPLs nos estabelecimentos penais masculino e feminino.

Desse modo, será possível o acolhimento como uma ferramenta assistencial, proporcionando acesso e resolutividade, promovendo escuta qualificada, diagnóstico, tratamento precoce, aconselhamento, bem como levantamento da situação epidemiológica de saúde das PPLs, configurado em três tempos (primeiro, segundo e terceiro tempo). Tal conduta é justificada em razão das diferenças nos processos de trabalho em relação aos demais serviços de saúde.

**1. No primeiro tempo, devem ocorrer ações ainda na DCCP, CDP, Penitenciária Feminina-DF (PFDF) e Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), incluindo:**

- a. **Contato inicial com o usuário a ser realizado na “porta de entrada” do sistema prisional, pela equipe de saúde multiprofissional da unidade, apresentando o serviço de saúde por meio de exposição dialogada, rápida e objetiva em grupo. Serão abordados temas para prevenção em saúde e orientação dos principais agravos decorrentes do confinamento, higiene pessoal, saúde bucal, saúde mental, entre outras;**
- b. **Atualização do cartão de vacina do adulto;**
- c. **Abordagem pré e pós-teste para doenças infectocontagiosas, com realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais B e C;**
- d. **Cadastramento do usuário no sistema eSUS-AB com abertura/atualização de prontuário;**
- e. **Primeiro atendimento individual imediato para os casos de urgência/emergência, sintomáticos respiratórios, constatação de doenças infectocontagiosas no momento do ingresso;**
- f. **Transferência, para as unidades para as quais as PPLs serão movimentadas, de todos os registros das ações do primeiro tempo, bem como resultados de exames, prontuários e encaminhamentos, por meio eletrônico ou manual.**

**2. No segundo tempo, o acolhimento será realizado aos apenados em transferência para outras unidades prisionais dentro do sistema, para garantia de continuidade do cuidado durante o cumprimento da pena, incluindo ações de:**

- a. **Escuta qualificada com identificação das necessidades de saúde e possíveis intervenções;**
- b. **Aplicação de doses complementares de vacina, se necessário;**
- c. **Complementação de exames diagnósticos, se necessário;**
- d. **Posterior agendamento para atendimento individual conforme demanda e protocolos vigentes.**

**3. No terceiro tempo, o acolhimento para as PPLs que progrediram do regime semiaberto para o aberto será realizado nas unidades “porta de saída”, como o Centro de Internamento e Reeducação (CIR), o Centro de Progressão Penitenciária (CPP), a PFDF e a ATP, buscando viabilizar a continuidade do tratamento e uma visão biopsicossocial, incluindo:**

- a. Atividade em grupo com informes sobre o processo de inclusão nos serviços de saúde e sociais na rede SUS;**
- b. Identificação das vulnerabilidades sociais, necessidades de saúde e encaminhamentos necessários;**
- c. Atendimento individual e complementação com exames de apoio diagnóstico, se necessário;**
- d. Entrega de documentos necessários à continuidade do cuidado na rede SUS e SUAS (CNS - Cartão Nacional de Saúde, cartão de vacina, resultados de exames, encaminhamentos, prescrições, relatórios, entre outros).**

As ações que envolvam contato entre a PPL e os profissionais de saúde devem ser acompanhadas de escolta por parte da Secretaria de Segurança Pública (SSP) e devem ser planejadas em conjunto com o Núcleo de Saúde/GEAIT/SESIPE, considerando a rotina de segurança de cada unidade prisional.

Considerando a complexidade das situações com as quais a Saúde Prisional se depara, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas de modo interdisciplinar centrado no(a) usuário(a).

Todavia, diante da escassez de escoltas em algumas unidades, muitas vezes os atendimentos são médico-centrados; logo, ressalta-se a importância de se garantir o direito de acesso das pessoas privadas de liberdade ao atendimento multiprofissional de saúde, de modo a evitar que haja uma priorização do médico em detrimento dos demais profissionais. Portanto, o planejamento e a organização da agenda de trabalho compartilhada devem ser de todos(as) os(as) profissionais.

#### **Saiba mais:**

**Nota Técnica nº 2/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF - Orientações para qualificação do cuidado e do acesso nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do Distrito Federal (DF), a qual versa sobre as Salas de Acolhimento nas UBSs tipo II. Processo SEI nº 00060-00248894/2020-55.**

**Protocolos Clínicos da SES/DF: <http://www.saude.df.gov.br/protocolos-aprovados/>.**

## ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DAS EQUIPES

Um fator fundamental para o sucesso do gerenciamento da demanda é uma boa organização do processo de trabalho das equipes, com fluxos bem estabelecidos e adaptáveis às diferentes situações e imprevisibilidades do cotidiano dos serviços.

As necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição da forma como esses serviços serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc.), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc.), e outros, para assegurar o acesso. (PNAB, 2017).

O gerenciamento das agendas deve ser direcionado às necessidades do usuário, de acordo com os dias e horários de maior procura da população pela unidade, evitando a concentração da oferta de algum serviço em um dia ou horário específico. Assim, o modelo de organização da agenda estará diretamente relacionado com a demanda e as características da população adstrita, sendo assim fundamental que a GSAP conheça seu território e as principais necessidades e agravos que o acometem.

Nesse contexto, a organização das agendas é ponto importante no planejamento da equipe. As escalas de trabalho dos profissionais da UBS devem ser elaboradas de forma que, durante todo o horário de funcionamento da unidade, no mínimo o

médico ou o enfermeiro e um profissional de nível médio de cada equipe estejam presentes, incluindo o horário de almoço.

Todos os agendamentos devem ser feitos com horário marcado, vedado agendamento por turno, devendo haver diariamente alocação de horários para atendimento à demanda espontânea, inclusive casos agudos, e demanda programada, respeitados os protocolos vigentes e de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades da população, sendo recomendado um percentual de 50% dos horários de cada equipe para atendimento à demanda espontânea. Nesse aspecto, é fundamental que o gerente local estabeleça o equilíbrio entre a demanda espontânea e a demanda programada em sua UBS, de forma a garantir o acesso a toda a população.

Além disso, a secretaria apresenta [diversos protocolos](#) e [notas técnicas](#), de modo a auxiliar a equipe gestora local na organização da agenda e do processo de trabalho de suas equipes.

Salientamos que a organização da agenda de trabalho e os serviços ofertados devem ser flexíveis, pois sofrem alterações à medida que ocorrem mudanças no perfil da população e do tipo de demanda que chega à UBS.



Fonte: Matheus Oliveira

## EXEMPLO DE ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE MFC E ENFERMEIRO (A)

MFC					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Educação Permanente
10h-10h20	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita
10h20-12h	Demandas programadas	Demandas programadas	Demandas programadas	Reunião de equipe	Demandas programadas
13h-15h	Demandas espontâneas				
15h-15h20	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita	Telefone/Email/Receita
15h20-17h	Demandas programadas	Demandas programadas	Demandas programadas	Visita domiciliar	Demandas programadas

ENFO(A)					
Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h-10h	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Demandas espontâneas	Educação Permanente
10h-10h20	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email
10h20-12h	Demandas programadas	Demandas programadas	Demandas programadas	Reunião de equipe	Demandas programadas
13h-15h	Demandas espontâneas				
15h-15h20	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email	Telefone/Email
15h20-17h	Demandas programadas	Demandas programadas	Visita domiciliar	Demandas programadas	Demandas programadas

**MFC** - Médico(a) de família e comunidade

**ENFO(A)** - Enfermeiro(a)

**Fonte:** adaptado de Gusso e Lopes, 2012.

## ATENDIMENTOS DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR

Os atendimentos na APS podem ocorrer por meio de diversas modalidades, tanto individuais quanto coletivas. A consulta é uma das formas de atendimento, sendo privativa dos profissionais de nível superior.

A ESF é pautada no reconhecimento da família como ponto central de abordagem para efetivação dos cuidados primários. Entender o modo como a família influencia a saúde dá ao profissional de APS

a oportunidade de antecipar e reduzir os efeitos adversos do estresse familiar e usar a própria família como recurso para cuidar/tratar das pessoas. Dessa forma, as consultas também funcionam como uma oportunidade de realizar abordagens familiares, não sendo obrigatoriamente um contato individual entre o profissional e o usuário (a) e sendo adaptada às necessidades da pessoa.



**Fonte:** Matheus Oliveira

## COORDENAÇÃO DE EQUIPE

O coordenador é um profissional que compõe a equipe e que será o responsável por coordenar os processos de trabalho a nível de equipe, e com isso ser um apoio da GSAP para o território e sua equipe.

São funções do coordenador, além de supervisionar as atividades da equipe:

- promover, coordenar e registrar reuniões administrativas ou técnicas;
- avaliar e monitorar o processo de trabalho;
- consolidar e analisar os indicadores;
- coordenar a territorialização e o diagnóstico da área;
- elaborar e manter atualizado o mapa do território;
- coordenar o cadastramento e sua atualização;
- coordenar, supervisionar e planejar as ati-

vidades dos ACS e AVAS;

- elaborar agendas e escalas de serviço, programar férias, abonos e controles de frequência;
- participar da avaliação de desempenho anual dos servidores;
- fomentar a organização do acolhimento, mediação de conflitos, educação continuada e outros processos intrínsecos da equipe;
- estimular a efetivação do controle social, entre outros.

A coordenação de equipe deve ser compartilhada e pode ser revezada entre os servidores de nível superior da equipe. As atividades administrativo-gerenciais são atribuição conjunta de todos os membros da equipe.

## GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

A formação profissional do enfermeiro é voltada, principalmente, para a área assistencial, entretanto o enfermeiro tem a responsabilidade para uma atuação maior na área gerencial exigida pelas organizações de saúde (ROTHBARTH; WOLFF; PERES, 2009).

Para além das atividades assistenciais, cabe ao enfermeiro a execução de tarefas administrativas e gerenciais, tais como: liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos: físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e

de informação – para a prestação da assistência de enfermagem.

Nas UBSs menores, especialmente as tipo I e rurais, esse papel do profissional enfermeiro é ainda mais essencial, visto que, além das atividades assistenciais, as rotinas de enfermagem e atividades administrativas não são compartilhadas com outras equipes.

Deve-se conhecer e implementar os POPs de Enfermagem da SES/DF (Saiba Mais), de acordo com as características do serviço.

### Saiba mais:

**Como apoio às atividades, um importante instrumento é o:**

**Guia de Enfermagem da Atenção Primária, Parte I, II e III**

**Para outras informações:**

**<http://www.saude.df.gov.br/enfermagem/>**

## GESTÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO EM ODONTOLOGIA

A organização das atividades da eSB deverá ser orientada de forma a garantir que 75% a 85% das ações sejam voltadas ao atendimento clínico individual em consultório odontológico, enquanto 15% a 25% devem ser direcionadas a atividades coletivas (BRASIL, 2004).

Segue sugestão de agenda semanal para o cirurgião-dentista. Vale ressaltar que a agenda foi baseada no Protocolo de Acesso da SES/DF e é adaptável de acordo com a realidade do território, sendo responsabilidade da gestão local organizá-la.

### EXEMPLO DE AGENDA SEMANAL DO CIRURGIÃO-DENTISTA

1º Dia	2º Dia	3º Dia	4º Dia	5º Dia
Consultas de demanda espontânea	Consultas de demanda espontânea	Consultas de demanda espontânea	Consultas de demanda espontânea	Consultas de demanda espontânea
Consultas programadas	Ações coletivas (UBS / Espaços sociais)*	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
INTERVALO				
Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas	Consultas programadas
	Visitas domiciliares**	Reunião comunitária / Reunião do conselho local de saúde***	Ações coletivas (UBS / Espaços sociais)*	Consultas programadas

\* É importante que seja reservado um turno de manhã e outro para as atividades coletivas, de forma a dar oportunidade para participação do CD/eSB nas atividades da UBS, bem como atingir os espaços sociais (ex: escolas).

\*\* É importante que o CD/eSB reserve espaços na agenda para as demandas de atendimento domiciliar de acordo com a organização da equipe da UBS.

\*\*\* É importante que o CD/eSB reserve espaços na agenda para as reuniões de equipe e do conselho local de saúde.

**Fonte:** Souza, 2012

### Saiba mais:

**Como apoio ao processo de trabalho, um importante instrumento é o Linha Guia de Saúde Bucal do DF:**

<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>

**Protocolo de Odontologia na Atenção Primária e Protocolo de Urgências Odontológicas**

## GESTÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO

As atividades desempenhadas pelos farmacêuticos não se limitam às questões logísticas, sendo necessária a compreensão da importância do Cuidado Farmacêutico, que envolve a soma das atividades clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas, para a ampliação do cuidado em saúde.

Nesse sentido é importante ressaltar as ações ligadas ao Cuidado Farmacêutico na APS, que deverão ocorrer por meio da participação do farmacêutico no NASF; na atenção domiciliar; nas reuniões com a Equipe Saúde da Família (eSF); na consulta farmacêutica, nas consultas compartilhadas e reunião de grupo; nas atividades educativas relacionadas à educação permanente, educação continuada; reuniões e comissões.

Desta forma, a carga horária dedicada a cada uma das atividades técnico-gerenciais, técnico-pedagógicas e atividades clínico-assistenciais deverá ser objeto de pactuação entre o farmacêutico, a equipe de saúde e a GSAP.

A [Nota Técnica nº 02/2017 – GCBAF/DIASF/CATES/SAIS/SES-DF](#) apresenta os Instrumentos para organização do Cuidado Farmacêutico nas Unidades Básicas de Saúde da SES/DF e as ações que competem às GSAP para a sua efetivação.

## NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) estão regulamentados por meio da [Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018](#), com atuação distinta e complementar às eSF. Apresentam como objetivo ampliar as ofertas e a resolutividade dos serviços na APS.

A equipe do NASF-AB é multiprofissional, sendo composta de, no mínimo, 5 (cinco) profissionais de diferentes áreas, como farmacêutico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Cada equipe está ligada a uma GSAP, cada NASF-AB deve estar vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) eSF/eSB.

É fundamental o apoio dos gerentes ao trabalho dos NASF-AB, segundo os princípios para organização do processo de trabalho, em especial, destaca-se o estímulo ao trabalho compartilhado dos NASF-AB junto à eSF, pois ainda há certa tendência de tornar os NASF-AB um dispositivo ambulatorial, haja vista a presença de profissionais especialistas na unidade e a falta de articulação e acesso de referência e contrarreferência com os níveis ambulatoriais da atenção secundária. É importante que a GSAP tenha conhecimento do papel da equipe NASF-AB para que, assim, o trabalho desempenhado seja o de apoio, ampliação da clínica, e que a equipe seja um mecanismo de ampliação de acesso integral à saúde.

Um dos mecanismos para a ampliação da clínica e do apoio às equipes é fomentar processos de educação permanente, sobretudo relacionados a temas bastante prevalentes que chegam às equipes e são encaminhados aos NASF-AB (destacam-se os temas de saúde mental, vulnerabilidade e risco social, insegurança alimentar e nutricional, vigilância alimentar e nutricional, doenças crônicas não transmissíveis, entre outros). A equipe do NASF deve prover à eSF ferramentas de apoio para qualificação do manejo clínico, promoção da saúde e reabilitação dos usuários, seja por meio de produção de materiais de apoio para os usuários, seja por meio de atendimento compartilhado promovendo o autocuidado, a autonomia e a qualidade de vida desses.

A integração entre NASF e eSF permite e estimula os trabalhadores a ampliarem sua capacidade de reflexão, por meio do compartilhamento de cuidado e cogestão, ou seja, as ações são pactuadas de modo compartilhado entre os profissionais, sejam eles do NASF-AB ou das eSF, encorajando a equipe a realizar com mais precisão o PTS (Plano Terapêutico Singular) e a atuar de modo interdisciplinar.

Ao gerente cabe construir formas eficazes de avaliação e monitoramento das ações dos NASF-AB, de maneira participativa com as equipes, sendo assim um modo de vinculação das eSF à equipe NASF-AB.

Esses temas estruturantes da organização do trabalho dos NASF-AB/eSF devem seguir sendo discutidos pela gestão local. Sugere-se que sejam criados fóruns regionais de discussão, como espaços de educação permanente e troca de experiências, além do alinhamento com os princípios da gestão regional e central.

#### Saiba mais:

[\*\*Reorganização do processo de trabalho dos NASF e Cuidados em Saúde Mental na APS.\*\*](#)

[\*\*Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018\*\*](#)

[\*\*Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018\*\*](#)

[\*\*Caderno de Atenção Básica 39 - Ministério da Saúde\*\*](#)

[\*\*Guia prático de matriciamento em saúde mental\*\*](#)

[\*\*Desenvolvimento do apoio matricial entre eSF e NASF\*\*](#)

## ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

É fundamental que a equipe estabeleça em sua agenda atividades destinadas à educação e à promoção da saúde, em âmbito individual e coletivo, como exemplo, podemos citar ações: com a família, em ambientes de trabalho, em escolas, como o Programa Saúde na Escola (PSE), na UBS, com grupos operativos (gestantes, hipertensos, obesidade, etc.), grupos de atividades físicas, atividades em centros comunitários, igrejas, entre outros. Vale ressaltar que todos da equipe podem e devem realizar atividades de educação e promoção da saúde.

As realizações dessas atividades não devem estar restritas à transmissão de informação, mas devem estimular a autonomia do indivíduo com a sua

própria saúde, considerando seus saberes e questões socioculturais, com vistas a adotar hábitos mais saudáveis para uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, é importante que o gerente conheça alguns documentos de referência, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição e o Caderno de Educação Popular em Saúde.

A SES-DF também apresenta os seguintes planos com ações para serem desenvolvidas no território: Plano Distrital de Promoção da Saúde 2020-2023 e as ações do Eixo II de Promoção da Saúde dos Planos Regionais de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Saiba mais:

<http://www.saude.df.gov.br/promocao-da-saude/>



Fonte: Matheus Oliveira

## ATENÇÃO DOMICILIAR

É um espaço para a construção do processo de saúde/cuidado, já que, com essa prática, o profissional passa a conhecer os problemas de saúde dos sujeitos no contexto concreto no qual estes estão inseridos. Nesse sentido, essa aproximação por parte dos profissionais da saúde pode gerar uma compreensão mais ampla sobre o processo de saúde/doença/cuidado da população.

O atendimento domiciliar poderá ocorrer por uma demanda individual ou familiar, identificada pelo ACS, por outro membro da equipe ou mesmo por um membro da comunidade ou familiar. Os profissionais devem dispor, preferencialmente, de um turno semanal nas agendas para a realização de atendimento no domicílio e visita domiciliar. A programação de famílias a serem visitadas deve ser discutida em reunião de equipe e seguir critérios de priorização epidemiológica e de necessidades de saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) caracteriza-se pela prestação de assistência em domicílio de pacientes com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento até o serviço de saúde. Para ser elegível a esta modalidade de cuidado, é necessá-

rio: ter diagnóstico clínico definido, estabilidade clínica, ter um cuidador disponível, telefone para contato, eletricidade e água encanada em domicílio. Para fins de melhor coordenação de cuidados, os pacientes, no Distrito Federal, são classificados conforme a complexidade, a periodicidade e a densidade tecnológica da assistência necessária em AD1, AD2 e AD3, com níveis crescentes de complexidade clínica, sendo responsabilidade da APS o acompanhamento dos usuários com perfil AD1 .

Conforme descrito anteriormente, os profissionais devem dispor, preferencialmente, de um turno semanal nas agendas para a realização de atendimento no domicílio e visita domiciliar. A programação de famílias a serem visitadas deve ser discutida em reunião de equipe e seguir critério de priorização epidemiológica e de necessidades de saúde.

Para entendimento sobre os fluxos relacionados aos atendimentos domiciliares, atentar-se aos protocolos aprovados da SES/DF. Além desses protocolos, existe a Nota Técnica nº 4/2020, que estabelece o funcionamento do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar - POD da SES/DF.

Equipe responsável pelo cuidado	Perfil do usuário	Permanência e vínculo	Periodicidade das visitas / atendimentos
Equipe de atenção Primária	Crônico, restrito ao leito ou ao lar estável, com pouca demanda por procedimentos complexos e por equipamentos.	Longa, habitualmente definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, mensal ou prazo maior.
Serviços de Atenção Domiciliar (Emad e Emap)	Agudo, crônico agudizado, restrito ao leito (em geral). <sup>2</sup>	Curta, transitório	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.
	Crônico complexo, com maior uso de tecnologia <sup>3</sup> e maior necessidade de visitas multiprofissionais.	Longa, transitório ou definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.

**Fonte:** Adaptado de Brasil (2017)

Pacientes que necessitam de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), no DF, são acompanhadas por um Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC), atualmente prestado por uma empresa especializada em home care contratada para o serviço. O Programa de Oxigênio Domiciliar (POD) oferecido pela SES/DF visa garantir o forneci-

mento de oxigênio na residência de pacientes com indicação clínica, podendo os pacientes estarem ou não admitidos no SAD.

Para saber mais sobre atenção domiciliar, conhecer os formulários, protocolos e critérios de adesão ao programa, consulte os links abaixo.

#### Saiba mais:

- **Protocolos de Atenção Domiciliar**
- **Oxigenoterapia Domiciliar**
- **Portaria 478/2017 da SES-DF publicada no DODF no dia 28 de setembro de 2017, que aprova o regulamento técnico para o fornecimento de fórmulas para fins especiais para pacientes em atendimento domiciliar no âmbito do DF.**
- **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**
- **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**



**Fonte:** Mariana Raphael

## TELECONSULTA

A teleconsulta na APS, para além das evidências de benefícios, vem em recomendação do Ministério da Saúde com o objetivo de diminuir a propagação do novo Coronavírus. Dessa forma, a saúde e a integridade dos usuários e dos profissionais de saúde são assegurados, e o usuário consegue ser atendido e monitorado em sua própria residência.

O lançamento dos dados da teleconsulta nos sistemas e-SUS APS com Coleta de Dados Simplifi-

cada (CDS) deve ser realizado seguindo a recomendação do registro dos dados das fichas de atendimento individual presentes no manual do sistema CDS.

No caso de uso dos sistemas e-SUS APS com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), o recomendado é, após finalizar a teleconsulta, fazer o registro no PEC utilizando o recurso de “Registro Tardio do Atendimento”.

## REUNIÕES DE EQUIPE DA ESF

As reuniões de equipe contribuem para a fluidez da comunicação entre os trabalhadores, possibilitando a diminuição de ruídos e, consequentemente, a resolução saudável de conflitos. Além de proporcionar um espaço de participação ativa dos membros da equipe para a construção de estratégias cooperativas visando à solução dos problemas do cotidiano de trabalho, alinhadas aos princípios da Gestão Estratégica e Participativa.

Priorizar a agenda para participar das reuniões das equipes e estar envolvido no funcionamento delas é uma forma de facilitar a organização dos processos de trabalho das equipes. Conhecer profundamente as formas de agendamento e acesso dos usuários, o diagnóstico situacional e epidemiológico, entre outros assuntos, favorece e auxilia a gestão da UBS.

As reuniões devem ocorrer semanalmente e

contar com a participação obrigatória de todos os membros da equipe, a fim de discutirem em conjunto o planejamento e a avaliação das ações e do processo de trabalho, casos clínicos e questões administrativas. É desejável que sempre que possível possa contar com a participação de gestores e profissionais do NASF, ou até membros da comunidade em situações específicas em que seja necessário para planejar alguma ação de saúde no território, por exemplo.

Trabalhar questões relacionadas ao funcionamento da UBS exige uma integração e reuniões sistemáticas entre os membros da equipe para avaliação permanente do processo de trabalho e reajustes. Além do exposto, há outros pontos que precisam ser pensados e discutidos nas referidas reuniões para um melhor funcionamento da UBS, a saber:

- **Avaliação contínua do processo de atendimento para verificar se os objetivos estão sendo alcançados.**
- **Revisão das atribuições gerais da equipe técnica e específicas a cada categoria profissional.**
- **Realização de educação permanente em saúde (podendo ser realizada pela própria equipe ou profissional externo).**
- **Avaliação das ofertas da UBS de acordo com o perfil da população, utilizando como documento a Carteira de Serviços da APS/DF.**
- **Pactuação de fluxos internos e externos.**
- **Discussão de casos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e/ou coletivo.**
- **Monitoramento do Projeto de Saúde no Território (PST), ajustando-o quando necessário.**

As reuniões devem ter data, hora e pauta(s) definida(s), registradas juntamente com os nomes dos presentes, ausentes (com o motivo da ausência), principais pontos discutidos e encaminhamentos.

## COLEGIADO GESTOR DA UBS

É tarefa da GSAP instituir na rotina do serviço Reunião de Colegiado da(s) unidade(s) sob sua gerência. Deverá contar com a presença do máximo de servidores possível, tanto das eSF, eSB, NASF-AB quanto dos demais servidores lotados na unidade, inclusive os prestadores de serviços da limpeza e vigilantes.

Tem o objetivo de discutir e alinhar os processos de trabalho da unidade, alguns exemplos são: discutir protocolos da APS, acolhimento na unidade, questões operacionais, pendências entre equipes e gerência, boletim informativo, entre outras, devendo ser adaptada a cada cenário. A periodicidade de realização da reunião deve ser semanal ou quinzenal. A data deve ser definida a partir da realidade da UBS.

Considerando a impossibilidade de participação de todos os servidores em um mesmo momento, é imprescindível a participação de, pelo menos, o coordenador de cada equipe ou outro servidor designado, salientando a importância da participação dos demais profissionais, sempre que possível.

As GSAPs que possuem UBS em mais de uma unidade e em áreas mais isoladas não podem ficar menos assistidas pelo distanciamento físico; desse modo, é importante que os coordenadores e demais profissionais dessas unidades participem das reuniões de colegiado da GSAP, assegurando o apoio próximo da gestão e a troca de experiência com as outras equipes.

## COLEGIADOS AMPLIADOS COM A COMUNIDADE

São reuniões com a comunidade e seus líderes organizados pela UBS, que têm por objetivo estimular a intersetorialidade em seu território, apoiando a atuação articulada dos serviços com os equipamentos sociais disponíveis, de forma a ampliar o acesso e a qualidade das ações.

Espaço importante para dar devolutivas para a comunidade e criar relações de apoio e vínculo. As reuniões podem ser feitas mensalmente ou bimestralmente e, de preferência, em locais acessíveis para a comunidade, como associação de moradores ou outro espaço designado.

## GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

A participação comunitária é um dos princípios organizativos do SUS e encontra-se prevista na Constituição Federal de 1988 e regulada pela [Lei nº 8.142/1990](#), que, entre outros pontos, estabeleceu e regulamentou as Conferências e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do SUS, bem como os colegiados de gestão nos serviços de saúde.

De acordo com a [Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa \(ParticipaSUS\)](#), a "gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social" (BRASIL, 2009).

A política também inclui as ações de Educação Popular em Saúde, democratização de informações sobre direitos dos usuários e estratégias de promoção de equidade em saúde para as popula-

ções em situação de vulnerabilidade. Além disso, deve promover o desenvolvimento de novos canais e formas de mobilização social e de participação popular na saúde, apoiando instâncias organizadas de representação social.

Em relação à APS no DF, a [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), também reforça a importância do estímulo à participação social, conforme constam nas atribuições comuns entre a COAPS e as Regiões de Saúde, previstas no artigo 11º, item "V - estimular a participação popular e o controle social", e nas competências das GSAPs, previstas no artigo 12º, em que o parágrafo único estabelece: "A participação popular deve ser estimulada pela gestão da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de UBS faça interface com um Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que representa legitimamente a população do território".

## CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

[O Conselho de Saúde do Distrito Federal \(CSDF\)](#), instância máxima de deliberação do SUS, de caráter permanente e deliberativo, tem a missão de deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde. Tem seu processo de levantamento de demandas dos territórios com base nos Conselhos das Regiões Administrativas.

Cabe à GSAP a indicação de pelo menos um servidor da UBS para participação nas reuniões dos Conselhos das Regiões Administrativas e a ampla divulgação do cronograma de reuniões aos demais servidores e comunidade. O servidor indicado representará a unidade de saúde e será um ator-chave para a discussão das pautas de interesse da UBS, tais como: novas portarias de regulamentação da APS, desafios e estratégias adotados para melhoria nas condições de trabalho, fluxos e rotinas, entre outros temas relevantes. A ele caberá também ser

o interlocutor interno que irá repassar aos demais servidores o que foi tratado e deliberado, sendo o espaço indicado para essa tarefa a Reunião de Colegiado da GSAP.

O estabelecimento de parceria entre GSAP e lideranças comunitárias é fundamental, pois há alinhamento de prioridades e demandas, gerando força nas reivindicações junto às instâncias participativas. Sendo assim, é importante que a GSAP e os demais servidores possam identificar as lideranças comunitárias e garantir que haja canal de diálogo e agendas comuns.

A solicitação da agenda de reuniões pode ser feita pelo e-mail institucional do conselho:

[conselho.saudedf@gmail.com](mailto:conselho.saudedf@gmail.com).

## SAIBA MAIS:

<http://conselho.saude.gov.br/>

<http://www.saude.df.gov.br/conselho-de-saude-do-df/>

<https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>

<https://formacontrolesocial.org.br/home>

[Exemplo de organização do colegiado da UBS](#)

[HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão](#)

[Gestão participativa e co-gestão](#)

## OUVIDORIA

A ouvidoria é uma ferramenta de interlocução entre os usuários e a administração pública. É uma forma de exercício da democracia, a partir da participação social, e é o canal acessível ao usuário para registro de elogios, reclamações, sugestões, solicitação de providência e denúncias.

Tem por objetivos ampliar e facilitar o acesso dos usuários ao processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde, contribuindo com o controle social (MENEZES; CARDOSO, 2016).

Para a GSAP, a ouvidoria é um dos instrumentos no qual se podem ter uma percepção acerca da avaliação dos usuários sobre os serviços prestados pela UBS e integrar o monitoramento e a avaliação do serviço. As críticas e sugestões recebidas pela ouvidoria são importantes para ajustes internos de fluxos, processos de trabalho e temas para capacitação em serviço. Quanto aos elogios, estes podem servir para dar publicidade ao trabalho da equipe e motivar os servidores.

O usuário pode manifestar-se por meio da ouvidoria: pessoalmente nos postos de atendimento, pela internet e pelo telefone 162.

<https://www.ouv.df.gov.br/#/>

Em relação ao prazo de resposta das manifestações de Ouvidoria e das solicitações de informações via Lei de Acesso à Informação - LAI, os servidores e gestores devem responder dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis ou a critério da Ouvidoria, que considerará a complexidade da demanda apresentada (Portaria 157 de 10/07/2019 ).

## SAIBA MAIS:

[Instrução Normativa nº 1, de 19 de dezembro de 2018](#)

[Decreto nº 34.276, de 11 de abril de 2013](#)

[Decreto nº 36.462, de 23 de abril de 2015](#)

[LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO \(LAI\) do Distrito Federal LEI Nº 4.990, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012](#)

[Regulamenta a Lei 4.990 de 2012 que dispõe sobre o acesso a informações Decreto 34276 de 11/04/2013](#)

[Sistema de Gestão de Ouvidoria do Distrito Federal – SIGO/DF](#)

[Decreto 36462 de 23/04/2015](#)

[Estabelece medidas para garantir a efetividade da participação popular Portaria 157 de 10/07/2019](#)

[Regulamenta os procedimentos de restrição de acesso à informação que possuam algum impedimento legal Instrução Normativa 1 de 19/12/2018](#)



Fonte: Breno Esaki

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS)

A educação permanente em saúde consiste no desenvolvimento de processos formativos que definam a análise do trabalho como elemento central do processo de ensino-aprendizagem. Apresenta como diretrizes estruturantes a colaboração, a interprofissionalidade, os saberes da experiência e a aprendizagem significativa, que estão dispostos na [Política Nacional de Educação Permanente em Saúde](#). Por meio da EPS, busca-se o desenvolvimento de competências individuais e coletivas que fomenta a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde.

A educação continuada, por sua vez, consiste em atividades com período definido para sua execução, com vistas à aquisição cumulativa e sequencial de informações pelo profissional de saúde. Como exemplos, podem-se citar cursos de formação, ofertas formais nos níveis de pós-graduação, entre outros.

Entretanto, há diversas possibilidades que propiciam processos de aprendizagem na própria UBS, tais como: discussões de caso, estudos coletivos temáticos, oficinas, matriciamento, entre outros. Nesse sentido, para além das ofertas formais disponibilizadas pela SES/DF, é fundamental que a equipe gestora local incorpore na agenda semanal da equipe ações de EPS, buscando identificar as necessidades e as demandas do território.

Assim, deve-se dar preferência pela mobilização de saberes na própria UBS (ex.: se algum profissional tem experiência e/ou formação em determinada área, encorajar para que ele(a) dissemine os conhecimentos para os demais servidores) e, se necessário, acionar a Gerência de Ações Programáticas (GAP) sobre tais demandas.

Com frequência, chega à GAP demanda por matriciamento de determinadas temáticas, mesmo existindo profissionais na própria UBS que podem ser matriciadores. É fundamental conhecer as potencialidades dos servidores que estão lotados no serviço, estimulando o matriciamento inter e intraequipes, o que não exclui a coparticipação e o apoio da GAP ou de outros setores da SES/DF e serviços.

Vale destacar as especificidades no âmbito da saúde prisional, acreditando-se na importância de uma ação de capacitação que possa envolver, em alguma medida, os policiais penais, uma vez que as ações em saúde não podem prescindir do envolvimento desses agentes públicos que têm, entre outras atribuições, o papel de viabilizar o trabalho dos profissionais de saúde nas unidades prisionais. Estabelecer-se-á com a SEAPE/DF como os policiais penais poderão ser contemplados nas ações de capacitação, contando com o apoio da Escola de Aperfeiçoamento do SUS em parceria com a Escola Penitenciária (EPEN). Como forma de fomentar as ações educativas na APS, a DESF/COAPS, por meio do Programa Qualis APS, ofertará pela Escola de Governo Fiocruz Brasília, em parceria com a Universidade de Brasília, cursos de especialização e aperfeiçoamento para os gestores e trabalhadores das equipes da APS. Ademais, estão sendo produzidos diversos Recursos Educacionais Abertos (tutoriais, webinários e outros vídeos), que serão disponibilizados no canal do Youtube da [Fiocruz Brasília](#) e do [Qualifica APS/DF](#).

### Saiba mais:

De forma complementar, abaixo foram listadas algumas sugestões de plataformas virtuais e canais educativos:

<http://www.saude.df.gov.br/cursos/>

<https://www.unasus.gov.br/>

<http://egov.df.gov.br/>

<https://www.escolavirtual.gov.br/catalogo>

<https://www.enap.gov.br/index.php/pt/>

<https://campusvirtual.fiocruz.br/portal/>

<https://ead.ipads.org.br/>

<https://www.einstein.br/ensino/Paginas/cursos-abertos.aspx#/k=1>

<http://pr.avasus.ufrn.br/?redirect=0>

<http://www.ead.fiocruz.br/>

## MATRICIAMENTO

O matriciamento, ou apoio matricial, é uma metodologia que orienta o trabalho interdisciplinar de forma horizontal e dialógica, proporcionando, assim, a desfragmentação do usuário, de maneira a enxergá-lo integralmente, e não de forma compartmentalizada.

É um processo de educação permanente entre os profissionais, podendo ocorrer durante: uma discussão de processo de trabalho, discussão de caso, por meio de ações clínicas compartilhadas no

atendimento individual, familiar ou atividade coletiva. A incorporação de novos saberes colabora para uma abordagem mais ampliada e resolutiva do usuário.

Conforme descrito anteriormente, as agendas dos profissionais devem dispor de turno para realização de atividades de matriciamento e EPS, esse tema deve integrar as pautas das reuniões de equipe.

### Saiba mais:

- [\*\*Exemplo de organização do colegiado da UBS\*\*](#)
- [\*\*HumanizaSUS: gestão participativa e co-gestão\*\*](#)
- [\*\*Gestão participativa e co-gestão\*\*](#)
- [\*\*Guia prático de matriciamento em saúde mental\*\*](#)
- [\*\*Desenvolvimento do apoio matricial entre eSF e NASF\*\*](#)

## ENSINO E PESQUISA

A Fundação de Educação e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) é a responsável por formular, implementar e avaliar a Política de Pesquisa em Saúde em ambiente do SUS-DF e, juntamente com as Gerências ou os Núcleos de Ensino e Pesquisa das Superintendências das Regiões de Saúde ou órgão/unidade equivalente e da FHB, deverá avaliar a relevância, tal como a aprovação dos projetos de pesquisa a serem desenvolvidos no âmbito da SES/DF e de entidades vinculadas.

Para que uma pesquisa seja realizada em alguma unidade de saúde da SES/DF, é necessária a aprovação do projeto de pesquisa (envolvendo seres humanos) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP/FEPECS. O CEP/FEPECS também é responsável pelo acompanhamento dos projetos aprovados, em defesa da integridade e da dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente considerados, conforme o Regimento Interno do comitê.

### SAIBA MAIS:

**Portaria Conjunta nº 9, de 20 de março de 2017**

**Regimento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde**

## SEGURANÇA DO PACIENTE

Entende-se por segurança do paciente o conjunto de medidas tomadas pelas instituições de saúde para reduzir ao mínimo o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde ou mesmo eliminá-los. O que chamamos de segurança do paciente nada mais é do que a mais importante dimensão de qualidade na assistência à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que todos os anos dezenas de milhares de pessoas sofrem danos causados por serviços de saúde inseguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). As consequências acarretam prejuízos nos resultados clínicos e funcionais dos pacientes, insatisfação da população usuária e custos desnecessários para os sistemas e serviços de saúde.

### Alguns conceitos-chave da **Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde**

<b>Segurança do paciente</b>	Reducir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
<b>Dano</b>	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
<b>Risco</b>	Probabilidade de um incidente ocorrer.
<b>Incidente</b>	Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
<b>Circunstância notificável</b>	Incidente com potencial dano ou lesão.
<b>Near miss</b>	Incidente que não atingiu o paciente.
<b>Incidente sem lesão</b>	Incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
<b>Evento adverso</b>	Incidente que resulta em dano ao paciente.

**Fonte:** Brasil, 2014a.

É importante destacar a relevância e a natureza dos danos aos pacientes na APS, tendo em vista que a maior parte das interações profissional de saúde-paciente ocorre nesses ambientes, pois são a porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, o [Plano Distrital de Saúde \(PDS\) 2020-2023](#)

traz como um dos objetivos estratégicos OE09 “Oferecer assistência de qualidade e segurança ao paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde”, em que uma das metas estabelecidas é “Implantar em 100% das UBSs a Política de Segurança do Paciente”.

## SAIBA MAIS:

**[Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente](#)**

**[Protocolos de Segurança do Paciente SES/DF](#)**

## CARTEIRA DE SERVIÇOS DA APS/DF

A Carteira de Serviços da APS é a relação dos serviços e procedimentos a serem ofertados pela APS. É fundamental que a gestão e as equipes conheçam e divulguem sua carteira de serviços conforme definido pela Carteira de Serviços da APS da SES/DF, garantindo a oferta de serviços de acordo com as necessidades do território, estrutura da UBS e pactuações em rede

O conhecimento do rol de serviços oferecidos pelas UBS, por meio da Carta de Serviços, contribui para a efetivação da gestão do cuidado à comunidade, conforme detalhado na seção COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NA APS”.

## Saiba mais:

**[Link para a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde:](#)**

**Versão profissional – Gestor (SES/DF)**

**Versão completa profissionais de saúde e gestores (MS)**

**Versão resumida profissionais de saúde e gestores (MS)**

**Versão para população (MS)**

## PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE (PIS)

As práticas integrativas são entendidas como tecnologias em saúde que abordam o ser humano como um todo e na sua multidimensionalidade – física, emocional, mental, social, ambiental e espiritual. Tendo como foco a saúde, as PIS estimulam os recursos naturais de cura do indivíduo, da comunidade e da natureza, sempre com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde.

As práticas integrativas são importantes recursos de cuidado à saúde, com caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial. Os serviços de PIS estão nos três níveis de atenção à saúde e são conduzidos por servidores efetivos ou profissionais voluntários devidamente habilitados e cadastrados, conforme Portaria nº 175, de 03/09/2009. São importantes recursos de cuidado integral à saúde, com caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial, compondo assim o conjunto de serviços de saúde disponíveis para os cidadãos.

A habilitação de servidores e demais processos educativos em PIS na SES é atribuição regimental da GERPIS, com apoio das Referências Técnicas Distritais - Portaria-SES nº 1.032/2018.

Quanto à gestão e implantação local dos serviços de PIS, é necessário envolver a equipe de saúde e a comunidade, desenvolvendo um plano claro que atenda às prioridades locais.

Na rede SUS do DF, são institucionalizadas 16 práticas integrativas em saúde: acupuntura; arteterapia; automassagem; ayurveda; fitoterapia; yoga; homeopatia; Lian Gong em 18 terapias; antroposofia; meditação; musicoterapia; reiki; shantala; Tai Chi Chuan; Técnica de Redução de Estresse – TRE e Terapia Comunitária Integrativa.

### SAIBA MAIS:

- [\*\*Práticas Integrativas em Saúde – PIS no DF\*\*](#)
- [\*\*Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde \(PDPIS\)\*\*](#)
- [\*\*Portaria nº 371, de 3 de junho de 2019\*\*](#)

## ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO VULNERÁVEL

Ressalta-se a importância de que o planejamento e a organização das ações desenvolvidas levem em consideração a realidade e o contexto de vida em que se inserem os usuários, para que a abordagem esteja alinhada com a garantia do prin-

cípio da equidade. Fatores relacionados a vulnerabilidades diversas, que se relacionam e compõem parte dos determinantes sociais de saúde, precisam ser considerados, conforme preconizado na [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#):

**"O planejamento das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada no âmbito da Região, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção à Saúde de acordo com a necessidade da população, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito."**

Diante disso, no âmbito da política de saúde, deve-se considerar uma população ou um indivíduo em situação de vulnerabilidade que apresenta uma situação socioeconômica precária, fragilidades no tocante à moradia, ao trabalho, à saúde e à educação, além de poucas oportunidades para o seu desenvolvimento como cidadão e cidadã (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Além disso, as pessoas e populações podem se encontrar em vulnerabilidade devido a aspectos étnicos, raciais, de gênero, orientação sexual, por apresentarem alguma doença crônica ou deficiência, socioeconômicas, culturais, privação de liberdade, entre outras, sendo pessoas vulnerabilizadas, entre outras: pessoa em situação de rua, privada de liberdade, indígena, quilombola, cigana, comunidade de terreiros, população rural

ou do campo, pessoas permanentes ou transitórias em unidades de acolhimento ou outras instituições, pessoas com deficiência, pessoas LGBTQIA+, pessoas refugiadas ou migrantes ou com outros fatores que dificultem o autocuidado e/ou o acesso às políticas públicas.

É importante que cada eSF verifique em seu território quais populações existem, suas necessidades, e que realize um diagnóstico situacional sobre as vulnerabilidades que estão presentes, para a realização de um planejamento que contribua para a viabilização do acesso à saúde, especialmente considerando as barreiras de acesso que interferem na forma como esses grupos acessam as políticas e os direitos sociais. A seguir, algumas considerações a serem observadas sobre as populações vulneráveis.

## DIREITOS E BENEFÍCIOS SOCIAIS COM DEMANDAS PARA A SAÚDE

Existem benefícios sociais que requerem informações relacionadas à saúde para a concessão do direito ao usuário, alguns inclusive coordenados por outros órgãos da rede intersetorial. Podem ser citados como exemplo: Benefício de Prestação Continuada (BPC); auxílio por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença); passe livre estadual e interestadual; isenção de Imposto de Renda para portadores de doenças graves; isenção de Imposto de Renda para portadores de doenças graves; isenção de imposto para aquisição de veículo para Pessoa com Deficiência, entre outros.

Para os usuários solicitarem tais benefícios, é indispensável a apresentação de documentos (relatórios, receituários e atestados) elaborados por profissionais de saúde, especialmente por médico assistente, que apresentará as informações de acompanhamento, as quais poderão subsidiar a decisão em perícia. Assim, é importante que a equipe se organize para identificação, organização e atendimento dessas demandas, de forma a otimizar o trabalho e diminuir a ocorrência de conflitos evitáveis.

Ressalta-se que a Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017, que trata sobre a Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, estabelece na Quarta Diretriz que "toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde". E, ainda, para a consecução dessa diretriz, estabelece, dentre outras questões, a "**IV - obtenção de laudo, relatório e atestado sempre que justificado por sua situação de saúde;**". Portanto, independentemente do nível em que o usuário seja atendido, o laudo se configura como um direito.

O acesso pelos usuários aos direitos sociais está em consonância com a perspectiva do conceito ampliado de saúde, que aborda os condicionantes e determinantes sociais. Assim, contribuir para o acesso aos benefícios é parte de uma abordagem em saúde que colabora para o acesso aos direitos e, consequentemente, traz implicações para as condições de vida dos usuários, possibilitando o maior alcance das políticas sociais.

# POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

## .1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7053, traz a seguinte definição:

"[...] considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória."

Para a garantia do cuidado a essa população, a APS possui as equipes de Consultório na Rua (CnaR), que são uma modalidade de equipe de saúde da família específica para atenção à saúde de pessoas em situação de rua, compostas de equipes multiprofissionais para realizar o cuidado integral à saúde, realizando atividades compartilhadas e integradas com os outros níveis de atenção à saúde.

A atenção à saúde da população em situação de rua não é exclusiva das equipes CnaR, sendo as equipes de saúde da família das UBSs responsáveis pelas pessoas nessa condição em seu território, podendo ser matricidas pelas equipes CnaR.

O acolhimento da pessoa em situação de rua deve ocorrer em qualquer serviço de saúde procurado por ela. E o atendimento, no âmbito da APS, pode ser realizado em qualquer UBS, buscando a vinculação e a adesão do usuário.

A inexistência de cartão do SUS ou de outros documentos não se constitui como impedimento para atendimento. Pessoas em situação de rua estão dispensadas de apresentar comprovante ou declaração de endereço. Cabe à UBS desenvolver mecanismos que permitam a vinculação e continuidade do cuidado de usuários em situação de rua, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. Recomenda-se inserir o endereço dos Centros Pop, se existirem na Região de Saúde ou do CRAS/CREAS mais próximo da UBS. Além disso, importante ser providenciado o Cartão Nacional de Saúde (CNS), nem que seja provisório, e encaminhar ao CRAS para providências quanto aos documentos de registro civil.

**Saiba mais: [Nota Técnica SEI-GDF nº 3/2018 - SES/SAIS/COAPS - Acesso de pessoas em situação de rua aos serviços de Atenção Primária do Distrito Federal.](#)**

## .2

### POPULAÇÃO MIGRANTE E REFUGIADA

A população migrante pode ser definida como indivíduos de outros países ou apátridas que residem de maneira definitiva ou temporária em país diferente de sua nacionalidade/origem ou local habitual de residência. Já os refugiados são pessoas que, por alguma circunstância, como, por exemplo, perseguição religiosa, social, divergências políticas, violação dos direitos humanos e guerras, são obrigadas/forçadas a deixarem seu país e buscarem refúgio em outro.

Com base em ampla legislação, deve ser garantido a essa população o direito ao atendimento na rede de atenção à saúde, tendo a APS como porta de entrada preferencial, realizando o cadastro individual e domiciliar dos estrangeiros, confecção do cartão do SUS e respeitando as diferenças culturais, religiosas, nutricionais e linguísticas dos migrantes e refugiados. Para o atendimento dessa população, deve ser aceito o passaporte ou o Registro Nacional de Estrangeiros, além disso, a falta de um comprovante de residência não poderá ser um impeditivo do acesso aos serviços de saúde.

**Saiba mais:** [Nota Técnica SEI-GDF n.º 10/2018 - SES/SAIS/COAPS dispõe sobre o atendimento ao usuário imigrante ou refugiado.](#)

[Convenção relativa ao Estatuto dos Refugiados da ONU de 1951, Lei de Refúgio nº 9.474/1997, Lei de Migração 13.445/2017.](#)

## .3

### POPULAÇÃO NEGRA

A população brasileira é classificada em cinco categorias de raça/cor, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são elas: branca (descendentes de europeus/ocidentais), parda (descendentes de indivíduos de cor e etnias diferentes - miscigenação), preta (descendentes de africanos/afrobrasileiros), amarela (descendentes de asiáticos/orientais) e indígena. O Ministério da Saúde utiliza a autodeclaração e autopercepção do indivíduo como classificação. É classificado como população negra o indivíduo da raça/cor negra e parda, conforme [Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017](#). Verifica-se que a população negra vivencia em seu cotidiano as iniquidades em saúde resultantes de históricos e injustos processos socioeconômicos e culturais, que tiveram como efeito: disparidades salariais, menores índices de escolarização, maiores índices de pobreza, quando comparados à população branca. Além disso, soma-se ao maior risco de desenvolvimento de doenças falciformes e outras doenças que, por fatores diversos (entre eles os sociais), incidem com mais frequência nessa população.

O racismo institucional é o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p. 22).

Para a desconstrução do racismo institucional, que atua de forma difusa no funcionamento cotidiano de instituições e organizações, provocando uma desigualdade na distribuição de

serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial, precisa-se de políticas públicas atuantes contra o racismo, e também de reflexões acadêmicas sobre como operam esses mecanismos (LÓPEZ, 2012, p. 121-34).

Portanto, a atenção primária deve se organizar observando que o racismo é a principal determinação em saúde para a população negra, pois ele incide negativamente em todos os outros fatores que compõem o conceito de saúde.

**Saiba mais:** [Política Nacional de Saúde Integral da População Negra](#)

## .4

### POVOS TRADICIONAIS

São considerados povos tradicionais as populações cigana, quilombola e indígena. A população cigana possui seus primeiros registros no território brasileiro no século XVI, marcada pela heterogeneidade e diversidade de seu povo. Os quilombolas são grupos étnico-raciais de ancestralidade negra, com aproximadamente 3 mil comunidades em todo o território nacional. Já a população indígena é estimada em aproximadamente 370.000 indivíduos, divididos em 210 povos, com 170 línguas já identificadas, presentes em todos os estados do país.

Cada um deles possui uma identidade cultural própria, além de características nutricionais e habitacionais distintas entre si, e devem ter suas especificidades respeitadas no contexto da atenção à saúde.

**Saiba mais:** [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani](#)

[Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas](#)

## .5

### ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA

São adolescentes que, por algum motivo, cometem um ato infracional e devem cumprir alguma medida socioeducativa estipulada pelo Poder Judiciário. O Distrito Federal possui unidades de atendimento inicial, internação provisória, internação estrita, semiliberdade, saída sistemática e as de meio aberto.

Nas unidades de atendimento inicial, internação, internação provisória e saída sistemática, há uma unidade de saúde de enfermagem dentro da unidade socioeducativa, pertencente ao sistema socioeducativo, e uma Equipe de Saúde da Família (ESF), Equipe de Saúde Bucal, equipe NASF-AB e um ou mais CAPS de referência, responsáveis pela atenção à saúde dessa clientela, tendo em vista a incompletude institucional, preconizada pelo SINASE (Lei do Sistema Nacional de Atendimento ao Sistema Socioeducativo).

**Saiba mais:** [Plano Operativo Distrital de atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas do Distrito Federal](#)

[Protocolo de Atenção à Saúde de Adolescentes do Distrito Federal](#)

[Guia de Enfermagem na Atenção ao Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa Vol.1](#)

[Guia de Enfermagem na Atenção ao Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa Vol.2](#)

[Nota Técnica Conjunta Ministério da Cidadania e Ministério da Saúde - nº 42/2021](#)

## .6

### POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa [Bolsa Família \(PBF\)](#) é um programa federal de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza.

Essa população é constituída por:

- famílias com renda por pessoa de até R\$ 89,00 mensais (famílias em situação de extrema pobreza);
- famílias com renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 mensais, desde que tenham crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos (famílias em situação de pobreza com crianças e adolescentes).

O auxílio financeiro é vinculado ao cumprimento de compromissos na Saúde, na Educação e na Assistência Social - condicionalidades.

O acompanhamento pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) deve ser realizado semestralmente, e as crianças de 0 a 6 anos deverão ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados, além de dados das mulheres em idade fértil para identificação das gestantes e acompanhamento do pré-natal.

As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde. Para reforçar o papel do profissional de saúde como ator-chave nesse processo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2017), por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF é uma atribuição comum dos profissionais da Atenção Básica

**Saiba mais: [Manual de orientações sobre o bolsa família - 3ª Edição](#)**

## .7

### POPULAÇÃO LGBTQIA+

Na constituição de 1988, consta que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, ou seja, o direito à saúde às pessoas e populações é universal, sendo este também um dos princípios constitucionais do SUS.

A equidade é outro princípio do SUS, o qual representou um avanço em sua dimensão organizacional para a redução das iniquidades e desigualdades por meio das políticas de atenção à saúde, ao considerar as necessidades e especificidades de populações vulneráveis.

A população Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transexual, Queer, Intersexo, Assexual e mais (LGBTQIA+) apresenta várias necessidades em saúde, as quais necessitam de especificidades na atenção. Mesmo com a instituição da [Política Nacional de Saúde Integral LGBT](#), este público ainda encontra dificuldades no Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes das barreiras de acesso, qualidade nos atendimentos e referentes à discriminação. A discriminação por orientação sexual e/ou identidade de gênero incide nos determinantes sociais da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrentes do preconceito e do estigma social, interferindo assim na consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Para contribuir com as informações sobre essa população, de maneira geral, é importante trazer alguns esclarecimentos.

A legenda LGBTQIA+ com a inclusão do símbolo (+) tem a finalidade de abranger outras

possibilidades de orientação sexual e identidade de gênero para um atendimento mais representativo e humanizado.

### **Os conceitos abaixo são importantes à melhoria da atenção a população**

#### **LGBTQIA+:**

**Sexo biológico:** É o conjunto de informações cromossômicas, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias que distinguem machos e fêmeas.

**Gênero:** Entendemos por gênero a estrutura social e construção histórica do que significa ser mulher/feminino ou ser homem/masculino. A compreensão do gênero varia no tempo histórico e nas diferentes sociedades.

**Orientação afetivossexual:** Refere-se à atração ou desejo físico, afetivo, romântico ou emocional por outras pessoas. De acordo com os “Princípios de Yogyakarta” (2006, p. 7), a “orientação sexual” é compreendida como “uma referência à capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas”. Nesse sentido, compreendemos:

- a. **heterossexual:** pessoa que sente atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos do gênero oposto ao seu (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).
- b. **homossexual:** pessoa que sente atração emocional, afetiva e/ou sexual por indivíduos do mesmo gênero, podendo ser gays (gênero masculino, cis ou trans) ou lésbicas (gênero feminino, cis ou trans).
- c. **bissexual:** pessoas que se sentem atraídas e/ou se relacionam afetiva e sexualmente com pessoas de mais de um gênero (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).
- d. **assexual:** pessoa que não sente atração ou desejo sexual por outras pessoas. Por vezes, pode se atrair afetiva e/ou romanticamente (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).

**Identidade de gênero:** Também expressa no documento “Princípios de Yogyakarta” (2006, p. 7) como “uma “experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar etc.”. Assim, quanto à questão relativa à identidade de gênero, há, entre outras, as seguintes definições:

- a. **cisgênero:** pessoa que se identifica com o sexo e o gênero designado ao nascer (CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021).
- b. **não-binárias:** pessoas que questionam o gênero atribuído ao nascimento, e que não se enquadram dentro da categorização binária homem-mulher. Esse termo não representa uma identidade de gênero apenas, mas uma série de identidades, como as identidades agênero (ausência de gênero), bigênero (dois gêneros ao mesmo tempo, não necessariamente homem e mulher) ou gênero fluido (flui entre gêneros).
- c. **transgênero/trans:** refere-se a pessoas que não se identificam com o gênero atribuído ao nascimento, esse é um termo guarda-chuva que engloba diversas identidades de gênero como:

**1. travesti:** construção identitária brasileira que foi historicamente marginalizada e vem ganhando maior representatividade. É uma identidade de gênero autônoma, fora do binarismo de gêneros (masculino e feminino), que não se identifica propriamente com o gênero oposto ao que lhe foi atribuído no nascimento. Deseja ser reconhecida como travesti pela sociedade. Não necessariamente reivindica a identidade “mulher”, apesar de apresentar expressão (performance) de gênero predominantemente feminina.

**2. transexual:** homem ou mulher que não se identifica com o gênero designado ao nascimento. Mulher trans: designada com o gênero masculino no nascimento, identifica-se como sendo pertencente ao gênero feminino. Homem trans: designado com o gênero feminino no nascimento, identifica-se como sendo pertencente ao gênero masculino.

**d. pessoa intersexo:** Identidade sociopolítica de pessoas que apresentam diversidades na diferenciação sexual. A intersexualidade pode ser compreendida como variações não binárias no espectro da sexualidade humana, ou seja, para além da genitália atípica, há uma corporeidade intersexo.(CIASCA, HERCOWITZ, LOPES JUNIOR, 2021). A pessoa apresenta características sexuais de ambos os sexos. Há muitas maneiras de ser intersexo; 1. Pessoas com genitais fora do “típico”, outras nascem com genitais sem alterações; 2. Pessoas com cromossomas XX e atribuídas ao sexo masculino ou com cromossomas XY e atribuídas ao sexo feminino, ao nascer, entre outras maneiras. Ou seja, algumas variações intersexo são visíveis ao nascimento, enquanto outras, só na puberdade e algumas variações podem não serem aparentes

**Expressão de gênero:** Abrange o estilo pessoal (roupas, penteado, maquiagem), inflexão vocal e linguagem corporal. Costuma ser categorizada como masculina, feminina, androgína ou fluida. Pode ser congruente ou não com a identidade de gênero da pessoa. Em outros países tem-se a denominação Queer para aquelas que se expressam fora da cisnatividade. Vale ressaltar também sobre os seguintes aspectos:

**a. Discriminação com base na orientação sexual ou na identidade de gênero:** segundo o documento internacional “Princípios de Yogyakarta” (2006), esse tipo de discriminação inclui qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada na orientação sexual ou identidade de gênero que tenha o objetivo ou efeito de anular ou prejudicar a igualdade perante a lei ou proteção igual da lei, ou ainda o reconhecimento, gozo ou exercício, em base igualitária, de todos os direitos humanos e das liberdades fundamentais. Sugere-se que haja abordagem do tema com os profissionais de saúde na forma de educação permanente, como forma de sensibilização e enfrentamento a discriminação.

**b. Direitos sexuais:** medidas que promovem a prerrogativa da livre expressão da sexualidade, sem discriminação da orientação sexual e identidade de gênero, resguardados o consentimento da(s) parceria(s) e o respeito pleno pelo seu corpo, sem violência e imposições. São direitos性uais que devem ser garantidos e isentos de preconceitos e julgamentos, inclusive durante os atendimentos em saúde: 1. Direito de escolher a(s) parceria(s) sexual(is). 2. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; 3. Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade, orientação sexual ou condição física; 4. Direito de escolher se quer ou não ter relação sexual. 5. Direito de ter relação sexual

independentemente da reprodução; 6. Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez não planejada e de IST/aids; 7. Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação; 8. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

**c. Nome social:** Nome com o qual uma pessoa prefere ser chamada cotidianamente, refletindo sua identidade de gênero, em contraste com o oficialmente registrado, com o qual pode não se identificar. O uso do nome social e sua adoção para a identificação do usuário SUS é reconhecido na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria Ministerial GM nº 1.820/2009, artigo 4º), sendo uma estratégia de valorização da cidadania. Também é reconhecido pelo Decreto Distrital nº 37.982/2017. Portanto, durante qualquer abordagem ao usuário na UBS, os profissionais de saúde devem tratar a pessoa com o nome e com os pronomes (masculinos, femininos ou neutros) que ela escolher, ou seja, com a garantia de que a pessoa não seja constrangida ao ter seu nome social confrontado com o nome de registro civil. O nome social deve ser inserido também no Cartão Nacional de Saúde e no E-SUS, e os profissionais de saúde devem ser orientados sobre a importância e como proceder para efetuar este registro.

[DECRETO Nº 37.982, DE 30 DE JANEIRO DE 2017](#) e [RESOLUÇÃO Nº 553, DE 09 DE AGOSTO DE 2017](#).

**d. Autodeclaração:** Deve ser de livre e espontânea vontade, respeitando-se as subjetividades de cada pessoa e atentando-se para o acesso aos direitos e garantias que lhe assistem, sem restringir a sua liberdade de expressão. Considerando ser um Direito Fundamental, a identificação da pessoa trans será por autodeclaração desde o início do atendimento de saúde ou a qualquer momento do cuidado oferecido pela Rede de Saúde, a ser registrada no PTS - Projeto Terapêutico Singular e no Sistemas de Informação.

**e. Retificação de nome e de gênero:** A partir de 2018 as pessoas trans conquistaram o direito de modificar sua certidão de nascimento, trocando seu prenome, mas não o sobrenome da família, por aquele com o qual a pessoa se identifica. Também é possível trocar o gênero, constante na mesma certidão, podendo ser masculino ou feminino.

## **.8 POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA**

A deficiência ocorre quando um indivíduo possui uma incapacidade para o desenvolvimento de uma função, causada por uma perda ou anormalidade de alguma estrutura psicológica, fisiológica ou anatômica (Decreto nº 3.298/1999). Ela é considerada uma condição de saúde, entretanto não indica a presença de uma doença necessariamente.

As Unidades Básicas de Saúde devem observar se seu espaço físico está preparado para atender a indivíduos com diferentes características, como rampas de acesso e sinalizações em geral. Além disso, é importante que a equipe identifique as pessoas com deficiência do território, bem como suas principais necessidades, considerando os diversos tipos de deficiência, incluindo as que não são “visíveis”.

**Para saber mais: Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**

## .9

### POPULAÇÃO DE CAMPO E FLORESTA

São povos que podem ser caracterizados pelo seu modo de vida e renda baseado na terra, como agricultores familiares e trabalhadores rurais. No Brasil, regiões rurais apresentam baixo índice de saneamento básico (32,8%), o que leva a maiores índices de infecções parasitárias, bacterianas e diarreias. As equipes de saúde da família que possuem em seu território regiões rurais devem organizar o serviço observando a maior dificuldade de locomoção do usuário ao serviço de saúde.

**Para saber mais:** [Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta](#)

## .10

### POPULAÇÃO INSTITUCIONALIZADA (CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARA ADOÇÃO, FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSOS E PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA)

População institucionalizada é definida como um grupo social que, por algum motivo, permanece sob os cuidados de uma instituição especializada, geralmente sob o controle do Estado. Unidades de Acolhimento Institucional são serviços organizados em diferentes modalidades de equipamentos, conforme o público, e destinam-se a famílias e/ou indivíduos afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitários de origem.

O Distrito Federal possui as seguintes modalidades de Unidades de Acolhimento Institucional: Serviço de Acolhimento para Crianças e Adolescentes; Serviço de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias; Serviço de Acolhimento Institucional para Idosos; e Serviço de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência.

É importante que essas instituições sejam atendidas e acompanhadas pelas equipes e que **o planejamento das ações no território** considere as especificidades desses grupos.

## .11

### POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE, EGRESSOS E RESPECTIVAS FAMÍLIAS

A atenção básica no âmbito da saúde prisional segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), instituída pela Portaria Interministerial nº 1/2014 MS/MJ e demanda abordagem diferenciada considerando as especificidades de articulações interinstitucionais para executar as ações de saúde a essa população.

O acesso dessas pessoas privadas de liberdade ao cuidado integral no SUS será implementado mediante disponibilização de recursos humanos provenientes da SES (Portaria Conjunta nº 01/2010), junto à SSP, à SEAPE e à PFBRA. No âmbito da Saúde Prisional, temos o Núcleo de Saúde da SEAPE, que atua nas UBSPs. Na Penitenciária Federal, tem-se quadro próprio de profissionais de saúde da carreira penitenciária, em estudo a formalização de instrumento de cooperação para a disponibilização de profissionais da SES/DF, conforme termo de adesão da PNAISP.

## TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO

Conhecer profundamente o território é essencial para se estabelecer o vínculo com a população e proporcionar um cuidado mais resolutivo aos usuários dos serviços. Nesse sentido, a territorialização é uma ação estruturante para se realizar o cadastro das famílias e o diagnóstico da situação de saúde da população, identificando as fragilidades e potencialidades locais, para o planejamento condizente com as necessidades da população.

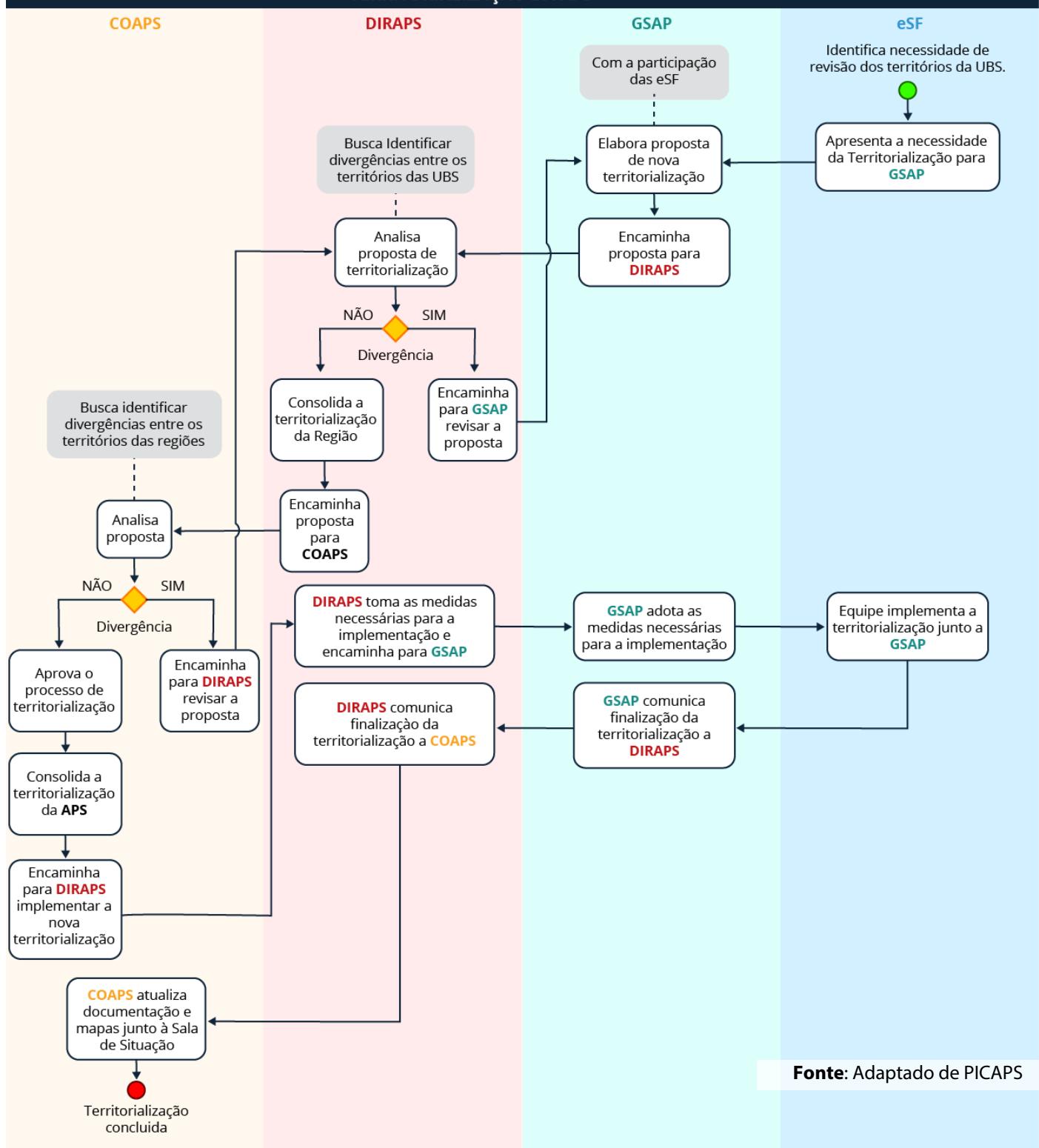
A territorialização é um processo por meio do qual é definida a abrangência de atuação dos serviços para melhor adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Tem como base o reconhecimento territorial e deve ser realizada por todos os profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde, supervisionada e pactuada com a GSAP, DIRAPS, com anuência da Superintendência da Região de Saúde.

O cadastramento da população é parte importante do reconhecimento do território, é uma das formas de conhecer a dinâmica da comunidade e sua realidade, momento de formação de vínculo e identificação de riscos à saúde no território. Considerando que o território da UBS é dinâmico e, portanto, passa por mudanças continuamente, o cadastro deverá ser atualizado periodicamente, ou sempre que necessário.

Após a coleta dos dados, preenchimento das fichas cadastrais e digitação no sistema de informação vigente e consolidação dos dados, a equipe de saúde avança no processo de diagnóstico de área e subsidia o planejamento das ações e oferta de serviços. Com a consolidação dos dados e análise geral do território da UBS, são elaborados mapas para auxiliar a atuação da equipe e planejamento de atividades setoriais e intersetoriais.

Caso seja identificada a necessidade de revisão da territorialização da UBS pelas equipes, na ocorrência de expressivo crescimento populacional, mudança no perfil de vulnerabilidade das famílias ou disparidades entre as equipes, é atribuição da GSAP a construção de uma proposta de mudança na conformação do mapa territorial, de forma conjunta com as equipes. A nova proposição deverá ser analisada pela DIRAPS, que, não tendo encontrado conflitos geográficos com os territórios de outras UBS ou desassistência e demais pontos de inconsistência, procede com a adequação da informação na territorialização da região e envio da proposta à COAPS. De posse das informações sobre a territorialização de todo o DF, a COAPS é responsável por avaliar se há divergências; não havendo, há a aprovação e devolutiva à DIRAPS para que sejam tomadas as medidas necessárias para sua implementação. No caso de identificação de inconsistências na proposta, tanto na análise feita pela DIRAPS quanto pela COAPS, o processo retorna para revisão e ajustes. Veja o fluxo para revisão do território na imagem a seguir:

## TERRITORIALIZAÇÃO DA APS



**Fonte:** Adaptado de PICAPS

## SAIBA MAIS:

### Materiais de apoio Territorialização e Cadastramento

- <https://drive.google.com/drive/folders/10S2kdnUwfqktv3X44R-nms0Uju819ihLS?usp=sharing>
- <http://infodf.codeplan.df.gov.br/>
- <https://www.geoportal.seduh.df.gov.br/geoportal/>
- <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/>
- [Tutorial AGL - Cadastro](#)
- [Manual e-SUS APS - Estratégia e-SUS APS](#)



## INTERSETORIALIDADE NA APS

Para abordar a importância da intersetorialidade, é necessário, anteriormente, situar a saúde como um dos pilares que compõe o tripé da segurança social, estabelecida pela Constituição Federal de 1988:

**Artigo 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.**

Além disso, é importante resgatar o conceito ampliado de saúde, considerado um dos grandes avanços da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, que permeia a estruturação da política de saúde, considerando-a em uma perspectiva de totalidade.

Assim, em conformação com o conceito ampliado de saúde e com a compreensão dessa política como parte desse conjunto de ações destinadas à proteção social, a citada Lei nº 8.080 estabelece:

**Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.**

Dessa forma, os níveis de saúde são influenciados por diversos e complexos fatores que estão relacionados aos aspectos sociais e econômicos mais amplos.

Diante disso, a intersetorialidade se constitui como uma possibilidade de integração das políticas públicas, para que sejam formuladas respostas efetivas para os problemas e as vulnerabilidades que se apresentam no território, em consonância com os princípios do SUS, visando à qualificação das ações.

De acordo com a [Política Nacional de Promoção da Saúde \(PNPS\)](#), a intersetorialidade se refere:

**“[...] ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns;”.**

Assim, a APS, por suas características, possui um papel de destaque na articulação com a rede intersetorial, especialmente com os serviços presentes no território, como, por exemplo: Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Administração Regional, Escolas, Universidades, Ministério Público, associações comuni-

tárias, enfim, são diversas as possibilidades de articulação. E os primeiros passos para a articulação e a integração com esses atores são: identificação no território, conhecimento sobre os serviços disponibilizados e aproximação e fortalecimento dos diálogos e das ações conjuntas.

## PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO NA APS

A programação anual deve nortear as atividades a serem desenvolvidas na GSAP e nas UBSs que a compõem. Para realizar o planejamento, é necessário compreender os dados da unidade, os principais nós críticos e potencialidades. O planejamento deve contemplar as ações de demandas

espontâneas e programadas, fluxos das unidades, gestão de pessoas, atividades previstas para o ano e demais necessidades para o adequado funcionamento. O planejamento deve ser construído e compartilhado entre os servidores da GSAP.

## INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO NA APS

AGR Acordo de Gestão Regional	instrumento a ser celebrado entre a SES/DF e as Superintendências das Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital.
AGL Acordo de Gestão Local	instrumento a ser celebrado entre as Superintendências das Regiões e as Unidades de Saúde do seu território, bem como entre o diretor-geral da Unidade de Referência Distrital e suas unidades internas. O AGR e o AGL devem obedecer às diretrizes e aos objetivos do Plano Plurianual, do Plano de Saúde Distrital e da Programação Anual de Saúde.
Programação anual	cada unidade de saúde, com seu território definido e população vinculada, deve elaborar a programação de atenção à saúde contendo ações, metas e indicadores, conforme o perfil sociodemográfico e epidemiológico.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2016.

### SAIBA MAIS:

#### Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

As ações de Monitoramento e Avaliação (M&A) destacam-se como principal mecanismo de verificação da efetividade e eficácia das ações em saúde, em qualquer nível de atenção, por meio da pontuação de indicadores. O monitoramento pode ser caracterizado pelo acompanhamento rotineiro de informações relevantes ao serviço, e, por sua vez, a avaliação refere-se a uma compreensão do que foi monitorado, ou seja, é um julgamento de valor de um resultado (HARTZ; SILVA, 2005).

As ações de M&A não podem ser visualizadas apenas como subsidiadoras de punições administrativas ou da alocação de recursos humanos e financeiros. Desse modo, é importante resgatar três características dessas ações (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 2002):

- São posturas éticas a serem assumidas pelos serviços de saúde, pois permitem a organização dos serviços com base em resultados em saúde mensuráveis.
- Respeitam a Lei nº 8.080/90 no que se refere ao planejamento ascendente do SUS, uma vez que o monitoramento parte de achados das unidades de saúde.
- Estimulam o controle social, porque os resultados podem ser públicos e devem ser publicizáveis.

Na SES/DF, os indicadores pactuados para a APS incluem os do Acordo de Gestão Local (AGL), pactuados entre a gestão regional e local das Regiões de Saúde; os do Plano Distrital de Saúde (PDS), cujo objetivo é o planejamento em saúde para um período de quatro anos, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos a essa população; os da Programação Anual de Saúde (PAS), em que se programam metas do PDS pelo período de um ano; bem como os do Plano Plurianual (2020-2023), em que se estabelecem diretrizes, objetivos e metas também pelo período de quatro anos, sempre considerando condicionantes e determinantes da saúde.

Somam-se a esse grupo os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979, de novembro de 2019), também inclusos no AGL, lançados pelo Ministério da Saúde, como critérios para novo modelo de financiamento da APS. Nesse contexto, conforme a [Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017](#), as GSAPs têm o papel fundamental de implementar, incentivar e acompanhar ações promotoras de M&A, para organização, planejamento e efetivação dos princípios e das diretrizes da APS.



**Fonte:** Matheus Oliveira

## PRINCIPAIS INDICADORES

Para o AGL contam-se 11 indicadores, dos quais sete são do Programa Previne Brasil e quatro foram pactuados mediante reunião de representantes da COAPS com os gerentes das GSAP, GPMA, DIRAPS e DGR.

### INDICADORES DO AGL

#### Acordo AGL (Incorporação - Previne Brasil):

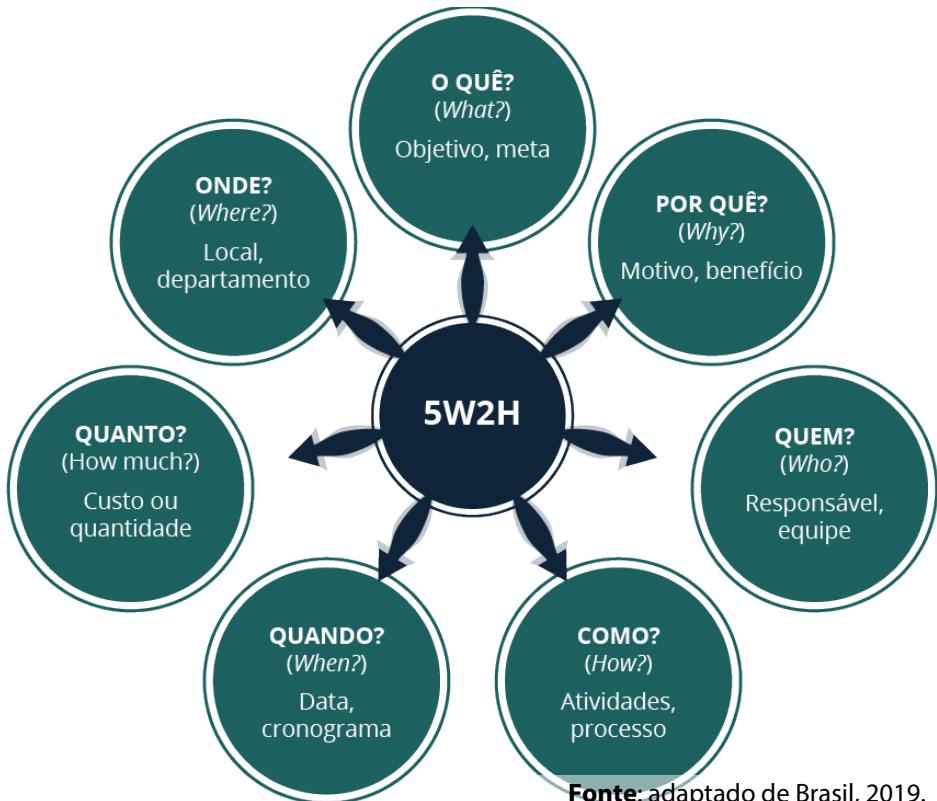
- Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a 1<sup>a</sup> até 20<sup>a</sup> semana de gestação;
- Proporção de gestantes com realização de exames para sifilis e HIV;
- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Cobertura de exame citopatológico;
- Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

#### Acordo AGL (Reunião com gerentes GSAP):

- Percentual de pessoas cadastradas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Número de atendimento individual realizado pelas equipes da APS;
- Número mensal de atividades coletivas realizadas pelas equipes da APS;
- Cobertura do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.



### FERRAMENTA 5W2H



Para a discussão com as equipes, sugere-se o uso da ferramenta 5W2H para elaboração do Plano de Ação de cada equipe e UBS.

Fonte: adaptado de Brasil, 2019.

Entre os principais indicadores do PDS e do PPA, destacam-se as taxas de internações, que podem ser influenciadas pelas atividades da APS, e os relacionados ao Programa Nacional de Imunização (PNI), às ações coletivas e à gravidez na adolescência.

## INDICADORES DO PDS E PPA

### Indicadores referentes à internação:

- Taxa de internações por Diabetes Mellitus e suas complicações.
- Taxa de internações por Hipertensão Arterial e suas complicações.
- Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).
- Taxa de internação por doença diarréica aguda em crianças até 24 meses de vida.
- Taxa de fratura de fêmur em pessoas com 60 anos ou mais.

### Indicadores referentes à atividade coletiva, gravidez na adolescência e PNI:

- Proporção de equipes da APS que realizam atividades coletivas com ênfase na adoção de hábitos saudáveis.
- Percentual de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos.
- Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de um ano de idade - Pentavalente (3<sup>a</sup> dose), Pneumocócica 10-valente (2<sup>a</sup> dose), Poliomielite (3<sup>a</sup> dose) e para as crianças de um ano de idade (Tríplice viral-1<sup>a</sup> dose) - com coberturas vacinais preconizadas.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2020; 2019.

A partir da visualização desses indicadores, podem-se indicar as seguintes ações de M&A no âmbito da GSAP:

- Observar a quantidade de cadastros realizados em série histórica no e-SUS. Recomenda-se a atualização dos dados dos usuários no sistema CADSUS antes da realização ou atualização do cadastro no território.
- Acessar o painel na sala de situação com os resultados dos indicadores de desempenho e dados de cadastro de suas equipes (<https://suplanssaude.df.gov.br/login/estador/>). O *login* e a senha são os mesmos utilizados para o Windows.
- Divulgar e incentivar a equipe à apropriação do manual com orientações para o registro dos dados no e-SUS, com vistas ao incremento dos indicadores de desempe-

nho: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/qualificadores\\_indicador\\_PEC.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/qualificadores_indicador_PEC.pdf)

- Divulgar e incentivar a equipe à realização de curso de capacitação para uso do e-SUS APS: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9816>
- Corrigir as inconsistências junto ao e-SUS: acessar o [relatório de cadastro territorial e de inconsistências](#).
- Acompanhar constantemente atualização dos relatórios de gestantes. Alimentar o SOAP da DUM e problema/condição relacionado à gravidez.
- Acompanhar exames de sífilis e HIV no relatório de procedimentos individualizados. Atenção ao registro de solicitação e avaliação de exames no SOAP pelos profissionais.

- Acompanhar o relatório do e-SUS APS de vacinação para checar dados relativos à pentavalente e poliomielite (relatório de produção - vacinação).
- Convocar os usuários com autorreferência de doenças de base (diabetes mellitus e hipertensão arterial) para confirmar o diagnóstico clinicamente, além de acompanhar o relatório de risco cardiovascular (relatório operacional).
- Acompanhar os exames solicitados de hemoglobina glicada no relatório de produção.
- Fomentar a realização e o registro de ações coletivas e educativas no que tange à promoção da saúde e à prevenção de agravos.
- Realizar reuniões com eSF, eSB e Nasf-AB para debates dos resultados dos indicadores.
- Utilizar meios de divulgação e apresentação das informações, de forma periódica, tais como relatórios, informativos, reuniões com a equipe e a comunidade.
- Parcerias para o monitoramento e a avaliação na APS: GPMA, NCAIS, GAP, GEAQ, GENF.

#### **Saiba mais:**

**[Link para a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde:](#)**

**[Guia para Qualificação dos Indicadores da APS \(PEC\)](#)**

**[Documento orientador sobre os indicadores de desempenho](#)**

**[Nota técnica sobre os indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil](#)**

## **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO**

Realizar o manuseio adequado das informações coletadas no trabalho das equipes é fundamental para ações qualificadas de planejamento, monitoramento e avaliação na APS, o que contribui para a assertividade na tomada de decisão (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Para que o gerente consiga identificar e trabalhar com esses indicadores, é necessário que ele conheça e saiba onde estão localizadas as informações nos sistemas de informação para a extração e análise dos dados. A seguir, listamos alguns dos sistemas de informação mais utilizados pelos gestores locais.

## **E-SUS APS**

A estratégia e-SUS APS permite que as UBSs mantenham prontuários eletrônicos com os dados de seus usuários e seus registros clínicos, bem como alimente diretamente os sistemas de informação oficiais da saúde, o que reduz a carga de trabalho dos profissionais da APS na coleta, na inserção, na

gestão e no uso das informações para suas ações de planejamento, monitoramento e avaliação. O preenchimento correto e completo de dados no e-SUS AB é tarefa de todos os profissionais e essencial para a qualidade das informações obtidas nos relatórios.

Além disso, no caso do e-SUS *offline* (servidor local), uma cópia de segurança deve ser realizada semanalmente por meio de uma ferramenta com o objetivo de realizar um *backup* do sistema e o envio dos dados para a GPMA da região.



### Orientação para o *backup*:

- Fazer *backup* todos os dias ou, pelo menos, uma vez por semana;
- Realizar em horário que os profissionais não estejam utilizando;
- Armazenar os *backups* em outro computador, *pen drive*, HD externo, nuvem, etc.;
- Não armazenar os *backups* no mesmo computador em que o e-SUS AB está instalado;
- Organizar os *backups* por data.

#### Obs:

As GSAPs que utilizarem o e-SUS no formato com servidor local (*offline*) devem salvar semanalmente os arquivos gerados pelo servidor local e enviar para a GPMA para que eles sejam importados no servidor central (*online*) pelo sítio eletrônico [esus.saude.df.gov.br:8080/esus](http://esus.saude.df.gov.br:8080/esus), conforme orientação no Anexo V (9546110).

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018.

#### SAIBA MAIS:

[\*\*Nota Técnica SEI-GDF nº 2/2018 - SES/SAIS/COAPS.\*\*](#)

[\*\*SEI N° 00060-00306488/2018-08, DOC SEI/GDF 9562150.\*\*](#)

[\*\*Página do e-SUS APS\*\*](#)

[\*\*Manual e-SUS APS\*\*](#)

[\*\*BASES DE CONHECIMENTO ESUS - INFO SAÚDE DF\*\*](#)

[\*\*Manual de RESOLUÇÃO DE INCONSISTÊNCIAS LOCAIS DE CADASTROS INDIVIDUAIS E DOMICILIARES DO e-SUS\*\*](#)

O e-SUS é uma estratégia que aglutina dois sistemas, o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) e o CDS (Coleta de Dados Simplificada).

Com o PEC, é possível acessar o CNS, fazer registros dos atendimentos na UBS, acolher as demandas espontâneas e fazer registro das atividades coletivas. Nele, temos algumas funcionalidades, como o odontograma, lista de problemas e condições de saúde, acompanhamento de crianças e gestantes, entre outros. Já no CDS, temos uma possibilidade de realizar a coleta simplificada de dados por meio de um sistema composto de fichas de apoio para digitação.

O e-SUS AB disponibiliza relatórios com informações agregadas por meio dos relatórios consolidados e de produção, e informações individualizadas por meio dos relatórios operacionais, sendo este último composto de relatórios de gestantes, crianças menores de 5 anos e risco cardiovascular.

Para que os registros dos usuários atendidos pelos profissionais de saúde apareçam nos relatórios operacionais, é obrigatório que eles estejam cadastrados na equipe, por meio do preenchimento

da ficha de cadastro individual. Esses dados obtidos nos relatórios do e-SUS AB serão utilizados para alimentar indicadores e subsidiar ações de planejamento, avaliação e tomada de decisão pela gestão em nível local, regional e central.

O [e-Gestor AB](#) é uma plataforma WEB para centralização dos acessos e perfis dos sistemas da Atenção Básica, bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais.

No acesso público do e-Gestor AB, encontram-se disponíveis [relatórios públicos e demais informações para os gestores](#), sem a necessidade de *login* e senha. Por intermédio do acesso restrito do e-Gestor AB, os gestores podem acessar os diferentes sistemas da AB utilizando seu CPF e senha previamente cadastrados.

É imprescindível que a GSAP participe do monitoramento e da avaliação das equipes com o objetivo de analisar ações realizadas e planejar novas ações, que devem ser realizadas com base em ferramentas disponíveis, incluindo os relatórios extraídos do e-SUS AB.

## REGISTRO DE VACINAS NO E-SUS

O módulo de vacinação possibilita a organização do processo de trabalho, o registro de vacinas, imunoglobulinas e soros que fazem parte do Programa Nacional de Imunização (PNI), do Ministério da Saúde, contribuindo, dessa forma, para o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis.

O PNI define o calendário de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Sendo assim, a equipe da APS realiza a verificação da caderneta para avaliar a situação vacinal e encaminha a população à sala de vacina para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme o calendário de vacinação.

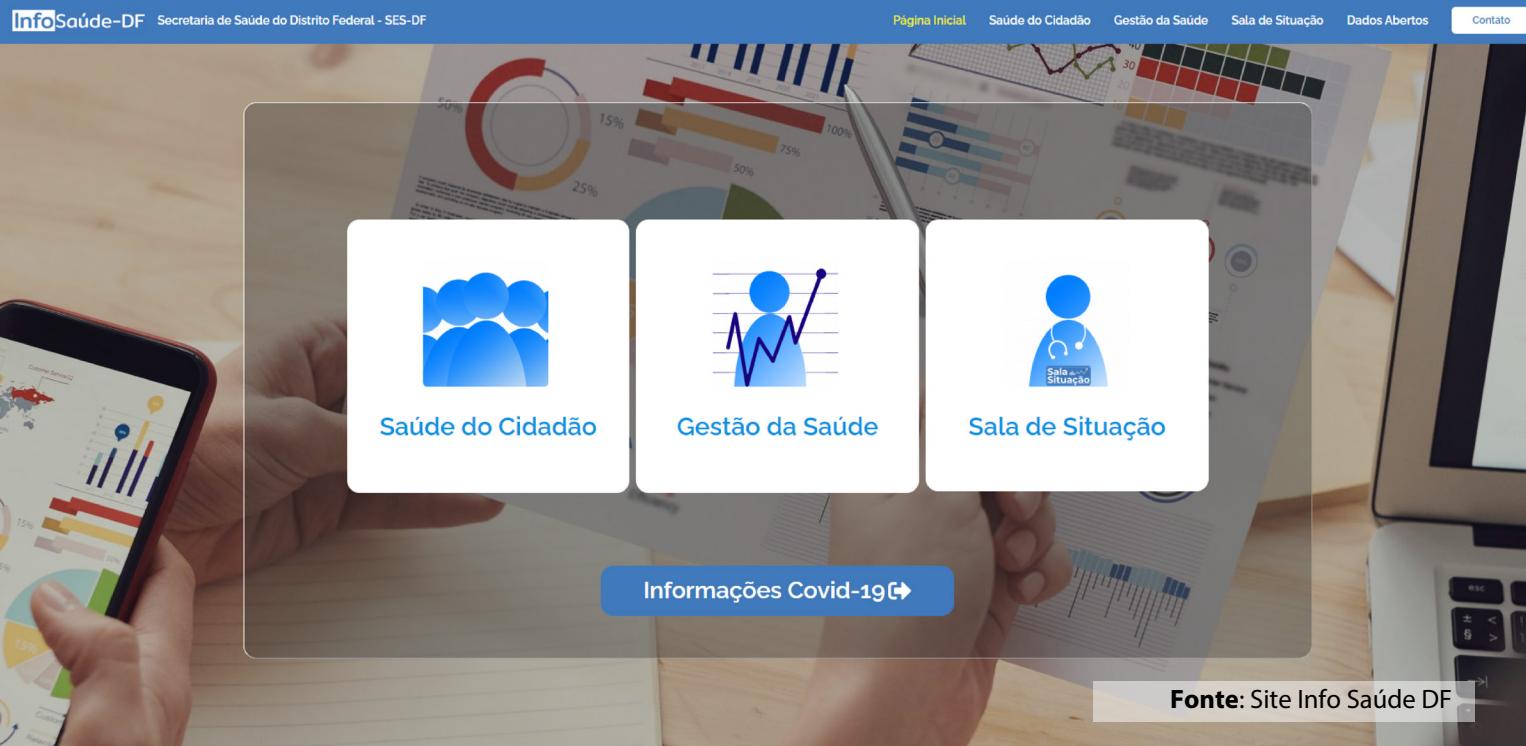
O registro da vacina no fluxo de atendimento do PEC é ativado pela opção Vacina, marcada na inclusão do cidadão na lista de atendimento ou nos blocos de desfecho da escuta inicial e atendimentos realizados na UBS.

Após clicar em “Realizar vacinação”, estará disponível o registro da vacinação no PEC.

## SALA DE SITUAÇÃO

A sala de situação da SES-DF foi lançada em 3 de julho de 2018 com o objetivo de disponibilizar dados/informações de forma a promover o conhecimento sobre a situação de saúde, subsidiar a tomada de decisão e aumentar a transparência ativa da Secretaria de Saúde. A sala apresenta informa-

ções em diversos formatos, como tabelas, gráficos, mapas, documentos técnicos ou relatórios estratégicos. Atualmente, o seu portal foi atualizado e encontra-se na plataforma [InfoSaúde DF](#).



## CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES)

É o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o SUS. Trata-se do cadastro oficial do Ministério da Saúde no tocante à realidade da capacidade instalada e mão de obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

O CNES é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros. É uma ferramenta auxiliadora, que proporciona o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no

planejamento em saúde das três esferas de Governo, para uma gestão eficaz e eficiente.

O [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES](#) propicia ao gerente conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde em todos os níveis de governo, além de possibilitar maior controle social pela população. A plataforma disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, federal, estadual e municipal.

A GSAP e a GSAPP devem revisar e atualizar regularmente o cadastro de todos os profissionais lotados nas UBSs sob sua responsabilidade junto às GPMAs.

**O CNES possui as seguintes finalidades:**

- **cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;**
- **disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;**
- **ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;**
- **fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento por gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.**

## IDENTIFICADOR NACIONAL DE EQUIPE (INE)

Código de identificação individual da equipe na base nacional que tem por objetivo um acompanhamento histórico do movimento de cada equipe pelos estabelecimentos do município e acompanhamento dos profissionais que nela atuam.

**Saiba mais:**

**Site antigo CNES:** <http://cnes.datasus.gov.br/>

**Site novo CNES:** <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>

**Manuais e outros documentos:** <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>

**Arquivos de aplicação:** <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/arquivosAplicacao.jsp>

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER (SISCAN)

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) é um sistema que possibilita que as unidades de saúde informatizadas e com acesso à internet possam para fazer a solicitação de exames, visualizar os resultados e acompanhar as mulheres com exames alterados (seguimento).

Na realização dos exames citopatológico e histopatológico, mesmo quando a unidade de saúde é informatizada, as requisições dos exames incluídas por ela no SISCAN devem ser impressas, pois

a lâmina ou o material coletado é encaminhado ao laboratório para análise e laudo. E, na solicitação de mamografia, a mulher é encaminhada ao serviço de radiologia, por meio do SISREG, para a realização do exame, devendo estar com o formulário, que é o documento de encaminhamento.

Cada usuário deve ter um e-mail e uma senha de acesso, que devem ser cadastrados previamente no Sistema de Controle e Permissão de Acessos de Usuário (SCPA-Usuário).

## SISTEMA DE CADASTRAMENTO DE USUÁRIOS DO SUS (CADSUS)

O Sistema Cartão SUS facilita o atendimento ao cidadão e qualifica o trabalho dos gestores e profissionais da área da saúde. O Cartão Nacional de Saúde (CNS) é o documento de identificação do usuário do SUS. Esse registro contém as informações dos indivíduos, como: dados pessoais (nome, nome da mãe, data de nascimento, etc.), contatos (telefones, endereço, e-mails) e documentos (CPF, RG, Certidões, etc.).

Atualmente, o número do CNS é utilizado nos sistemas informatizados de saúde que demandam identificação dos indivíduos, sejam usuários, operadores ou profissionais de saúde. O CNS faz parte

da política do e-Saúde, que utiliza essas bases de dados de pessoas, estabelecimentos, procedimentos como forma de propor ações estratégicas para a formulação de políticas de saúde de maneira integrada.

As UBSs devem estar aptas para utilizar a plataforma e gerar o CNS do cidadão, consultar seu número e atualizar seu cadastro. O administrador (gerente) deve ser cadastrado no SGOP (Sistema de Gestão de Operadores), por meio de autocadastramento, em primeiro lugar, e, após, habilitar os demais operadores que irão ter acesso ao sistema.

## SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (SI-PNI)

O registro da imunização comprehende atividade essencial de todo serviço de vacinação e é por meio deste registro que é possível computar o número de doses aplicadas, bem como rastrear lotes e datas de aplicação de um determinado imunobiológico por pessoa, tempo e espaço.

Para esta finalidade, o computador utilizado no serviço de imunização deve ser exclusivo para o setor, visando à otimização do seu funcionamento durante o processo de registro das doses aplicadas.

O registro das doses deve ser realizado sempre da forma mais oportuna e possível, preferencialmente durante o atendimento. Essa oportunidade de registro permite ao profissional inserir no

sistema registros anteriores de imunização e permite a integração dos registros vacinais em todo país, oferecendo mais segurança para o paciente e mais facilidades para o profissional orientar, prescrever esquemas, completar e atualizar esquemas vacinais e durante o atendimento em imunizações.

Na APS, atualmente utiliza-se o e-SUS para o registro de doses, que já opera enviando dados para o SI-PNI. Em campanhas de vacinação e em serviços específicos, o SI-PNI é utilizado não somente para agregar dados gerados pelos serviços de imunização, como também para ser a entrada do registro vacinal do usuário.

Ele ainda é a melhor forma de consulta de registros anteriores de vacinação, sobretudo de pessoas que migram entre as diferentes regiões do país, haja visto que se trata da primeira iniciativa no âmbito do SUS para integralizar registros de doses no país inteiro.

Atualmente, ao final de cada mês, o responsável técnico de cada serviço de vacinação precisa atualizar na plataforma do SI-PNI o quantitativo de doses recebidas, distribuídas, em estoque e eventualmente avariadas (quebra do frasco, queda de energia, vencimento e outras causas).

Contribuir para o pleno funcionamento dos sistemas de informação de saúde e cobrar dos profissionais o dever ético de zelar corretamente pela informação e pelo registro do usuário estão entre os desafios da GSAP em relação às informações em imunizações.

## DIRETORIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR (DISAT)

Responsável por atuar no desenvolvimento da atenção integral à saúde dos trabalhadores do DF, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento

e dos processos produtivos, tendo como articulador entre os níveis de atenção "[Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Distrito Federal – CEREST](#)"

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Conforme descrito no Plano de Saúde 2020-2023, ressalta-se a importância da integração entre a Vigilância em Saúde e a APS para a construção da integralidade do cuidado sob a lógica das RAS. Além disso, é importante entender as ações de vigilância em saúde como transversais a todas as ações da equipe da APS, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, as visitas domiciliares, os grupos e os procedimentos realizados pelas equipes de Atenção Primária.

No âmbito do DF, a Subsecretaria de Vigilância à Saúde (SVS) é a responsável pelas ações de vigilância em saúde no DF. É de sua competência planejar, coordenar, acompanhar e avaliar ações e serviços dos seguintes pastas:

## PASTAS DA SVS

<b>DIVAL</b> <b>Diretoria de Vigilância Ambiental em Saúde</b>	Responsável por conhecer e detectar as mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
<b>DIVEP</b> <b>Diretoria de Vigilância Epidemiológica</b>	Realiza ações de vigilância que proporcionam o conhecimento, a detecção e a identificação de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva ocasionadas por doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos.
<b>DIVISA</b> <b>Diretoria de Vigilância Sanitária</b>	Responsável por coordenar as ações de vigilância sanitária no âmbito do Distrito Federal.
<b>DISAT</b> <b>Diretoria de Saúde do Trabalhador</b>	A DISAT tem como competência dirigir e supervisionar os programas, projetos e ações relacionados à Vigilância em Saúde do Trabalhador em consonância com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (a).
<b>LACEN</b> <b>Laboratório Central de Saúde Pública</b>	Responsável por realizar diagnóstico laboratorial, clínico e epidemiológico de amostras de pacientes suspeitos de doenças, com o objetivo de contribuir para o controle epidemiológico e sanitário da população.

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018.

A vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos.

Assim, cabe ressaltar que existe o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI),

ligado diretamente a cada DIRAPS. Esses núcleos atuam de forma operacional e complementar às ações da DIVEP. O NVEPI é responsável pela investigação de casos de doenças, agravos e eventos adversos de saúde pública de notificação compulsória nas Regiões de Saúde e contribui para o controle ou a erradicação das doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis mediante a vacinação sistemática da população.



**Fonte:** Breno Esaki

## **ALGUMAS AÇÕES DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E IMUNIZAÇÃO**

Acompanhamento e investigação de notificação compulsória

Distribuição de imunobiológicos para os serviços de imunização

Apoio à realização de bloqueio vacinal junto à equipe eSF

Planejamento e apoio às campanhas de imunização

Investigação de surtos e agravos

**Fonte:** adaptado de Distrito Federal, 2018.

### **SALA DE VACINA**

No DF, a vacinação de rotina é oferecida por 129 salas de vacina localizadas nas sete Regiões de Saúde, bem como por vacinação volante ofertada pelas eSF.

Para a abertura de sala de vacina, alguns protocolos devem ser observados e seguidos, a fim de manter a integridade do material imunobiológico, bem como a adequada imunização da população. O estabelecimento que realiza o serviço de vacinação deve dispor de instalações físicas adequadas para as atividades de vacinação, de acordo com a [Resolução da Diretoria Colegiada RDC 197 de 26 de dezembro de 2017](#), ou regulamentação que venha a substituí-la, e devendo ser dotado, no mínimo, dos seguintes itens obrigatórios:

- I. Área de recepção dimensionada de acordo com a demanda e separada da sala de vacinação;
- II. Sanitário; e
- III. Sala de vacinação, que deve conter, no mínimo: pia de lavagem; bancada; mesa; cadeira; caixa térmica de fácil higienização; equipamento de refrigeração exclusivo para guarda e conservação de vacinas, com termômetro de momento com

máxima e mínima; local para a guarda dos materiais para administração das vacinas; recipientes para descarte de materiais perfurocortantes e de resíduos biológicos; maca; e termômetro de momento, com máxima e mínima, com cabos extensores para as caixas térmicas.

IV. O responsável técnico da sala de vacina executa a supervisão, o monitoramento do trabalho desenvolvido e o processo de educação permanente da equipe. Para que o profissional seja o Responsável Técnico da Sala de Vacina, é necessário que esteja no local diariamente no qual ele atue diretamente na imunização. As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas pela equipe de enfermagem, sob a supervisão do RT, treinada e capacitada para os procedimentos de manuseio, conservação, preparo e administração, registro e descarte dos resíduos resultantes das ações de vacinação.

O funcionamento da sala de vacina é essencial à missão da APS na diminuição da suscetibilidade da população às diversas doenças infectocontagiosas de interesse da saúde pública. Para isso, os trabalhadores do setor devem ter habilidade e se-

nhas para manusear, alimentar e obter relatórios de diversos sistemas de informação. As atividades da sala de vacina que envolvem o uso de sistemas de informação em saúde são organizadas da seguinte forma:

## ATIVIDADES E ROTINAS ADMINISTRATIVAS DA SALA DE VACINA

ATIVIDADE	SISTEMA	PERIODICIDADE	OBJETIVOS
Contagem do estoque. Atualização do estoque por meio da Nota de Fornecimento de Materiais - NFM.	SIES	Sugestão de rotina semanal ou de acordo com a periodicidade em que se solicitam vacinas e demais insumos (algodão, seringa e afins).	Garantir que os núcleos central e regional da Rede de Frio conheçam em tempo real o estoque de vacina em todas as salas de vacina.
Solicitação de imunobiológicos ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Região de Saúde - NVEPI.	SIES	De acordo com o cronograma ou com a rotina de envio de imunobiológicos do NVEPI para as UBSs da região.	Manter a oferta de todas as vacinas preconizadas no Programa Nacional de Imunização.
Recebimento de imunobiológicos na UBS e baixa na Nota de Entrada de Materiais - NEM	SIES	O mais breve possível, após o recebimento das doses.	Assegurar que os núcleos central e regional da Rede de Frio conheçam em tempo real o estoque de vacina em todas.
Atualização e registro de lotes	e-SUS	Sempre que houver substituição do lote atual por um novo.	Rastrear a vacina em casos de eventos adversos pós-vacinação ou inconformidades que indiquem a retirada de circulação de algum imunobiológico.
Registro da dispensação e aplicação de imunobiológicos	e-SUS	Antes da aplicação dos imunobiológicos, preferencialmente durante o atendimento.	Registrar o atendimento, bem como as vacinas aplicadas, o que contribui para a formulação de diversos indicadores e para os cálculos de cobertura vacinal.

Movimentação de imunobiológicos	<b>SIPNI-WEB</b>	Mensalmente	Informar quantas das vacinas recebidas no mês anterior foram aplicadas, perdidas, transferidas, enviadas para avaliação laboratorial ou recolhidas.
Preenchimento, investigação e encerramento da ficha de notificação de eventos adversos pós-vacinação (EAPV)	<b>e-SUS Notifica</b>	Sempre que houver casos sob investigação	Monitorar oportunamente os EAPV e fornecer ao usuário garantias de cuidado que o convença de que, apesar do EAPV, a vacina é um produto confiável.
Encerramento das fichas de vacinação antirrábica preenchidas pela equipe de acolhimento à demanda espontânea	<b>SINAN</b>	Semanalmente	Diminuir o abandono das doses subsequentes à primeira no esquema de profilaxia antirrábica.
Atualização de doses consolidadas administradas em campanhas nacionais de vacinação	<b>SIPNI Web, Novo SI-PNI online</b>	Diariamente após o cômputo das doses em período de campanha	Assegurar ao Ministério da Saúde a capacidade de mensurar a cobertura vacinal e a taxa de comparecimento da população.
Recuperação de dados vacinais individuais de pacientes que desejem 2ª via de cartão	<b>e-SUS, SIPNI-WEB e Trakcare</b>	Sempre que oportuno e no prazo combinado com o usuário, que pode variar conforme a rotina da sala.	Garantir que o usuário tome as doses necessárias para completar ou atualizar um ou mais esquemas vacinais.

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

O cumprimento de todas essas atribuições previstas para a sala de vacina é um dos pilares da garantia da qualidade. Embora o atendimento ao público, o registro e a aplicação de doses (atividades assistenciais) sejam as atividades mais comumente associadas à sala de vacina, não se podem ignorar as atividades de natureza administrativa (intermediárias), que são de vital importância para o funcionamento do serviço.

Organizar o funcionamento da sala de vacina com a finalidade de organizar o exercício de todas as atividades e atribuições inerentes à rotina da sala é um grande desafio. Como alguns gestores nunca vivenciaram as rotinas da sala de vacina, faz-se necessário ao menos conhecer as ações que lá são executadas para organizar o horário de funcionamento do serviço, garantindo que haja tempo hábil para a execução de todas as atividades pela equipe.

A sugestão de funcionamento de uma sala de vacina, conforme apontada abaixo, pode sofrer influência de vários fatores (se há rodízio ou não entre os profissionais, se há carga horária suficiente para cobrir o funcionamento e as rotinas da sala, o cronograma de pedidos e entregas de vacinas e,

sobretudo, se a unidade é informatizada) e serve apenas como um ponto de partida para a melhor organização do trabalho. A seguir, um exemplo de como pode ser a organização do serviço.

SUGESTÃO DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA SALA DE VACINA						
HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
<b>07h às 07h30</b>	Preparo da sala, controle de temperatura, aclimatação do gelo e retirada de imunobiológicos da geladeira.					
<b>07h30 às 08h</b>	Contagem de estoque e pedido de vacinas no SIES.	Atualização e registro de lotes no e-SUS	Atesto de recebimento de vacina no SIES	Atualização e registro de lotes no e-SUS	Atesto de recebimento de vacina no SIES	<b>07h30 às 11h30</b> Aos sábados, a unidade funciona até o meio-dia.  A sala de vacina pode encerrar as suas atividades às <b>11:30</b> para que os controles de qualidade e os ajustes de temperatura sejam feitos adequadamente.
<b>08h às 18h</b>	Atendimento ao público e recebimento de imunobiológicos durante o expediente.					
<b>18h às 18h30</b>	Desmontagem da sala, controle de temperatura, guarda do gelo e devolução de imunobiológicos à geladeira.					
<b>18h30 às 19h</b>	Controle de fichas de atendimento antirrábico e busca telefônica dos contatos que abandonaram o tratamento.	Confecção de 2ª via de cartões de vacina solicitados pelos usuários.	Controle de fichas de atendimento antirrábico e busca telefônica dos contatos que abandonaram o tratamento.	Investigação de EAPV, com monitoramento telefônico, quando houver.	Movimentação de imunobiológicos no SIPNOWEB (1 p/ mês).	<b>11h30 às 12h</b> Desmontagem da sala, controle de temperatura, guarda do gelo e devolução de imunobiológicos à geladeira.

**Fonte:** elaboração própria, 2020.

Para a execução dessa rotina, é imprescindível que os trabalhadores que atuam no serviço utilizem algumas estratégias que podem facilitar a reunião e a disponibilização de informações úteis para o andamento de diversos processos.

**Todas as unidades devem possuir um plano de contingência para imunobiológicos, impresso e com revisão anual. Todos os servidores devem estar treinados para atuação em situação de queda de energia. A equipe precisa conhecer os fluxos e protocolos para garantir que as vacinas se mantenham na faixa de temperatura preconizada pelo fabricante e pelo PNI, conforme a seguinte rotina:**

- 1. Manter o refrigerador fechado e verificar a temperatura;**
- 2. Ligar na companhia elétrica com o número de inscrição do imóvel e informar a queda de energia, bem como saber se existe alguma previsão de restabelecimento da energia;**
- 3. Climatizar as bobinas de gelo e montar a caixa térmica para transporte dos imunizantes;**
- 4. Acionar os fluxos de transporte e acomodação das vacinas, conforme orientação e pactuação de cada NVEPI da região de saúde em que a unidade está inserida;**
- 5. Transferir imunobiológicos para a caixa térmica quando o refrigerador estiver próximo de atingir a temperatura máxima permitida de 8 °C;**
- 6. Durante a transferência da geladeira para a caixa térmica, contabilizar o número de doses para posterior retorno do mesmo quantitativo à unidade após o restabelecimento da energia elétrica.**
- 7. Durante o transporte, monitorar constantemente a temperatura da caixa térmica;**
- 8. Supervisionar e atestar o recebimento da vacina pela unidade de destino, conforme pactuação de cada NVEPI da região de saúde em que a unidade está inserida.**

VACINA	DATA: ___ / ___ / ___			VACINA	DATA: ___ / ___ / ___			VACINA	DATA: ___ / ___ / ___		
	LOTE	LAB.	VAL		LOTE	LAB.	VAL		LOTE	LAB.	VAL
Antirrábica				Antirrábica				Antirrábica			
BCG				BCG				BCG			
DT				DT				DT			
DTP				DTP				DTP			
DTPA				DTPA				DTPA			
F. Amarela				F. Amarela				F. Amarela			
Gripe				Gripe				Gripe			
Hepatite A				Hepatite A				Hepatite A			
Hepatite B				Hepatite B				Hepatite B			
HPV				HPV				HPV			
Men. ACWY				Men. ACWY				Men. ACWY			
Meningo-C				Meningo-C				Meningo-C			
Pentavalente				Pentavalente				Pentavalente			
Pneumo-10				Pneumo-10				Pneumo-10			
Rotavírus				Rotavírus				Rotavírus			
Tetra viral				Tetra viral				Tetra viral			
Tríplice viral				Tríplice viral				Tríplice viral			
Varicela				Varicela				Varicela			
VIP				VIP				VIP			
VOP				VOP				VOP			
RESPONSÁVEL:	<hr/> <hr/>			RESPONSÁVEL:	<hr/> <hr/>			RESPONSÁVEL:	<hr/> <hr/>		

A figura do livro de lotes é só um exemplo de como melhorar a organização da sala. Ele pode ser atualizado de duas a três vezes por semana, a depender da rotatividade dos lotes. Sendo impresso, várias cópias frente e verso, é possível encadernar e transformar as páginas em um livro, que ajudará no controle de qualidade, na otimização do atendimento e no rastreio de lotes, quando preciso.

O controle de estoque é fundamental para o bom andamento da sala de vacina. Quem não conhece o seu estoque e não o atualiza está sujeito a sofrer com a falta ou com o excesso de vacina, e pode vir a acarretar prejuízos para a população e para os servidores que atestam o recebimento da vacina, os quais podem ter de arcar com os custos das vacinas conservadas sem o devido controle de qualidade.

VACINA	1º CICLO DE ABASTECIMENTO						2º CICLO DE ABASTECIMENTO						3º CICLO DE ABASTECIMENTO						FINAL DO MÊS	
	ESTOQUE		PEDIDO		RECIBO		ESTOQUE		PEDIDO		RECIBO		ESTOQUE		PEDIDO		RECIBO		ESTOQUE	
	/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.	Dose	Fr.
Antirrábica																				
BCG																				
DT																				
DTP																				
DTPA																				
F. Amarela																				
Gripe																				
Hepatite A																				
Hepatite B																				
HPV																				
Men. ACWY																				
Meningo-C																				
Pentavalente																				
Pneumo-10																				
Rotavírus																				
Tetra viral																				
Tríplice viral																				
Varicela																				
VIP																				
VOP																				
RESPONSÁVEL:	<hr/>																			

O livro de lotes, embora não seja mais recomendado pela GEVITHA, é um exemplo de controle para melhor gestão das rotinas de controle de estoque na sala de vacina, sobretudo se considerada a elevada rotatividade de profissionais nos serviços de imunização. O controle pelo livro não isenta a necessidade de atualização do SIES, o qual, atualizado regularmente, dispõe de todas as informações

necessárias que podem ser extraídas através de relatórios do sistema, reduzindo assim uma atividade para as equipes.

Mesmo sem atuar ou estar presente na sala de vacina continuamente, a gerência precisa mobilizar esforços para acompanhar e dar suporte ao trabalho da equipe e do responsável técnico.

#### SAIBA MAIS:

- [\*\*Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018\*\*](#)
- [\*\*SBIM\*\*](#)
- [\*\*SALAS DE VACINAÇÃO\*\*](#)
- [\*\*Política Nacional de Vigilância em Saúde \(PNVS\)\*\*](#)
- [\*\*Informativos Epidemiológicos\*\*](#)
- [\*\*RDC 430/2020\*\*](#)
- [\*\*RDC 197/2017,\*\*](#)
- [\*\*Instrução Normativa SVS Nº 26 DE 18/01/2021\*\*](#)

## NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

De acordo com a [Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975](#), é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato, comprovado ou presumível, de caso de doença transmissível, e faz-se obrigatória a notificação pelos profissionais de saúde no exercício da profissão em estabelecimentos públicos e privados.

Cabe aos gestores a garantia de que o processo de trabalho das equipes de saúde permita aos profissionais que tenham condições e tempo para notificar, e cabe aos servidores a notificação de todos os casos que exijam tal medida. O fluxo de entrega das fichas de notificação até o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização (NVEPI) tem diferentes formas na SES, desde aquelas que os gestores devem levar pessoalmente até o NVEPI até as que estão sendo enviadas via sistemas *online* diretamente ao Ministério da Saúde. É importante observar e se atentar a essas mudanças no dia a dia das UBSs.

Existem tipos diferentes de notificação compulsória, a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, e a [Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020](#), trazem os tipos e quais condições de saúde devem ser notificadas:

- **Notificação compulsória negativa:** é competência da GSAP realizar a comunicação, informando que, na respectiva semana epidemiológica, não foi identificado nenhuma doença, agravo ou evento de saúde pública constante da Lista de Notificação Compulsória. O registro da semana negativa é importante para embasar o monitoramento do surgimento de condições que merecem atenção da unidade, especialmente para as condições já erradicadas.

- **Notificação compulsória imediata (NCI):** notificação compulsória realizada em até 24 (vinte e quatro) horas, a partir do conhecimento da ocorrência de doença, agravo ou evento de saúde pública, pelo meio de comunicação mais rápido disponível. De responsabilidade do profissional que atendeu a demanda. Para saber quais demandas devem ser notificadas, consulte a Portaria nº264, de 17 de fevereiro de 2020, que altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na [Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.](#)
- **Notificação compulsória semanal (NCS):** notificação compulsória realizada em até 7 (sete) dias, a partir do conhecimento da ocorrência de doença ou agravo. De responsabilidade do profissional que atendeu a demanda. Para saber quais demandas devem ser notificadas, consulte a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, no [link: Ministério da Saúde.](#)
- **Notificação para população prisional:** seguir a Nota Técnica Nº 1/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS, que orienta sobre alguns campos de preenchimento específicos para a pessoa privada de liberdade.

## VIOLÊNCIA NA APS

A violência é agravo de notificação compulsória através da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN desde 2009, sendo obrigação de fazer por qualquer profissional de saúde na suspeita ou confirmação de situações de violência em usuários dos serviços de saúde.

A definição de VIOLÊNCIA, segundo a OMS, é o “uso intencional de força física ou poder, ameaçados ou reais, contra si mesmo, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resultem ou tenham grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação”.

Para fins de notificação, são considerados:

1. Todos os casos suspeitos ou confirmados de situações de violência doméstica/intrafamiliar, violência sexual, intervenção legal, violências homofóbicas e violência autoprovocada contra todas as pessoas, sejam estas homens e mulheres de todos os ciclos de vida.
2. Casos de violência extrafamiliar/comunitária contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

As violências sexuais e as tentativas de suicídio têm caráter de notificação imediata e devem ser notificadas (preenchimento do instrumento físico, digitação da ficha de notificação no SINAN e encaminhamento de e-mail ao CIEVS) em até 24h do conhecimento do fato. As demais situações de violência têm até 1 semana para o preenchimento do instrumento físico e digitação da ficha de notificação no SINAN.

As pessoas em situação de violência, além do preenchimento da ficha de notificação, devem receber atendimento humanizado e integral com intuito de acolher, esclarecer e dar encaminhamento a todas as suas demandas, lembrando-se da fragilidade emocional a que estas pessoas se encontram. A abordagem às pessoas em situação de violência deve ser respeitosa e todo atendimento necessita ser registrado em prontuário, evitando revitimização.

A APS tem papel fundamental no cuidado das pessoas em situação de violência:

1. Percepção de situações de violência em usuários, sejam estas agudas ou crônicas e de qualquer natureza;
2. Acompanhamento sistemático dos usuários em situações de violência, garantindo o acesso e o cuidado integral, preservando a vinculação do usuário com o sistema de saúde conforme protocolos assistenciais vigentes;

3. Encaminhamento das pessoas em situação de violência para acolhimento nas diversas unidades dos Centros de Especialidade para atendimento das pessoas em situação de violência – CEPAV visando à redução de sequelas devido às situações de violência, da ressignificação dessas situações e rompimento do ciclo da violência.

#### Saiba mais:

- [\*\*Página SES da Vigilância em Violência\*\*](#)
- [\*\*Rede de Serviços de Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência\*\*](#)
- [\*\*Fluxo Atendimento Das Pessoas Em Situação De Violência\*\*](#)

## ÓBITOS NA APS

É papel das equipes de APS prestar assistência às pessoas em cuidados paliativos e a seus familiares nos momentos que antecedem e que sucedem ao óbito, especialmente no processo de luto. Além disso, cabe ao médico que acompanha o paciente, ou ao médico substituto (na ausência do primeiro), atestar o óbito pessoalmente e preencher a declaração de óbito nos casos de morte por causa natural. Sendo assim, o atestado, no caso de óbito domiciliar ou instituição de moradia, pode ser realizado pelo médico da equipe de Saúde da Família, Serviço de Atenção Domiciliar, internação domiciliar e outros, ou pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO), caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico do paciente (BRASIL, 2020).

Importante esclarecer alguns conceitos:

- **Óbito por causa natural** - “É aquele cuja causa básica é uma doença ou um estado mórbido” (BRASIL, 2009).
- **Óbito por causa externa** - “É o que de-

corre de uma lesão provocada por violência (homicídio, suicídio, acidente ou morte suspeita), qualquer que seja o tempo decorrido entre o evento e o óbito” (BRASIL, 2009).

- **Óbito “sem assistência médica”** - “se refere à falta de acompanhamento médico durante a doença que causou o óbito e não no momento deste” (Parecer CRM/DF 3/2019).
- **Atestado de óbito** - “Também conhecido como Declaração de Óbito (DO), é feito por um médico após exame do corpo [...] a emissão da declaração de óbito é um ato exclusivamente do médico e que, por isso, tem responsabilidade ética e jurídica de preencher de forma correta o documento (BRASIL, 2006)”.
- **Certidão de óbito** - “Documento emitido pelo cartório de registro civil das pessoas naturais e só pode ser obtida com

apresentação do atestado/declaração de óbito. A certidão de óbito é o documento obrigatório para que se proceda com o sepultamento do corpo, a partilha de bens, o inventário, a suspensão de benefícios (aposentadoria, pensão), a movimentação bancária etc" (BRASIL, 2020).

Em caso de constatação de óbito no domicílio ou nas instituições de moradia, em que a pessoa não recebia assistência médica ou o óbito não foi atestado por médico assistente ou substituto, o familiar/responsável ou a gestão das instituições de

longa permanência deverá comunicar à Polícia Civil do Distrito Federal (telefone 197). O órgão fará contato com o SVO, que recolherá o corpo. Para mais esclarecimentos, entrar em contato com o SVO pelos números (61) 99249-9367 ou (61) 99178-9340 ou consultar <https://www.saude.df.gov.br/verificacao-do-obito-svo/>

Para a retirada de formulário de Declaração de Óbito, verificar o fluxo e responsáveis da Região de Saúde junto à SVS.

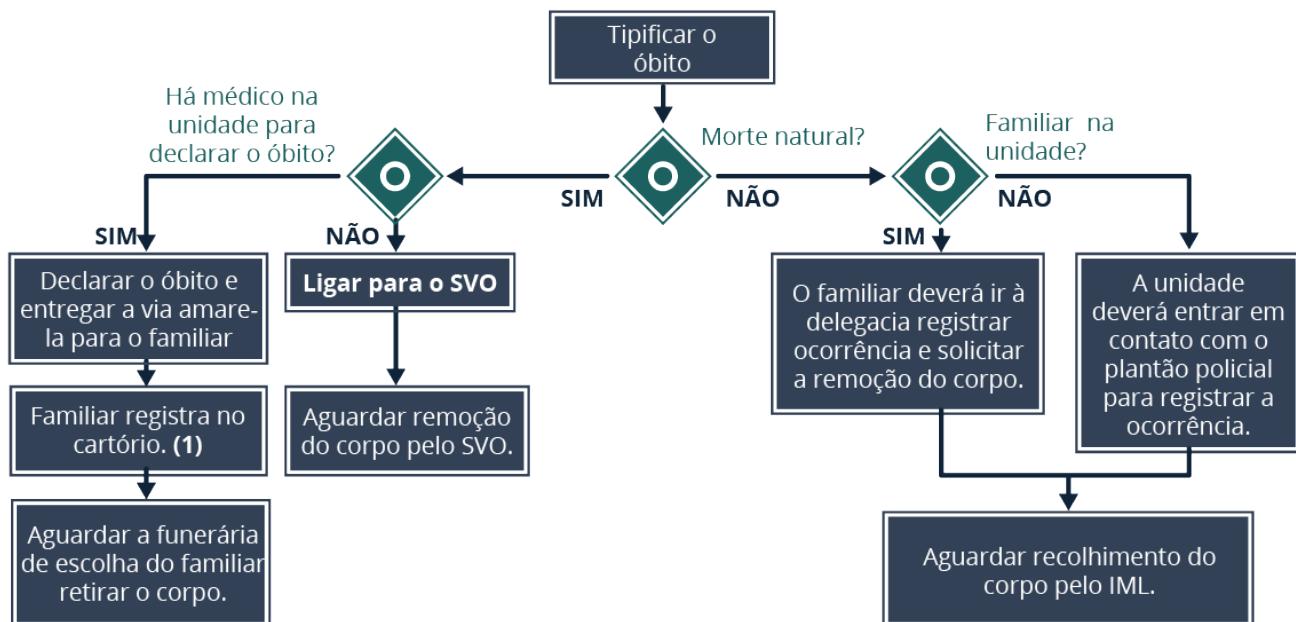
Para mais informações, consulte os quadros a seguir e o SAIBA MAIS.

### CADEIA DE CONSTATAÇÃO DE ÓBITOS EMISSÃO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITOS NO DF

CAUSA	TIPO DE ÓBITO	LOCALIDADE DO ÓBITO	PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO	RECOLHIMENTO DO CORPO	1ª VIA COR BRANCA	2ª VIA COR AMARELA	3ª VIA COR ROSA
NATURAL	Doença ou estado mórbido desconhecido; suspeita de doenças de interesse à Vigilância à Saúde ou agravo inusitado à saúde.	Em qualquer localidade.	Médico Patologista do Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	<b>Contatar SVO.</b> <b>Ligar 197 - PCDF,</b> se em domicílio ou via pública.	Encaminhar à GIASS/DIVEP	Entregue ao familiar ou representante do falecido	Arquivamento pelo SVO
	Doença ou estado mórbido <b>conhecido</b> , (inclusive COVID-19), com ou sem assistência médica.	Estabelecimento de saúde.	Médico que prestava assistência ao paciente ou médico substituto.	Serviço funerário	Encaminhar à GIASS/DIVEP	Entregue ao familiar ou representante do falecido	Arquivamento pela Unidade de Saúde
			Médico do SVO (quando não há informações suficientes sobre a causa do óbito)	<b>SVO</b> (61) 99249-9367 <b>ou</b> (61) 99178-9340			
		Domicílio	Médico que prestava assistência ao paciente <b>ou</b> o da UBS/ESF <b>ou</b> substituto	Serviço funerário.			Arquivamento pela SES/DF
EXTERNA	Consequência ou suspeita de violência ou acidente.	Em qualquer localidade	Médico legista do Instituto Médico Legal (IML).	<b>Ligar 197</b> Polícia Civil do DF	Encaminhar à GIASS/DIVEP	Entregue ao familiar ou representante do falecido	Arquivamento pelo IML

**Fonte:** elaboração própria

## FLUXO: ÓBITO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)



### OBSERVAÇÕES:

- (1) O familiar ou responsável deve ir ao cartório com a via Amarela da DO e documento de identificação do falecido para proceder o Registro Civil do Óbito (Certidão de Óbito) antes da remoção do corpo. Há cartórios de plantão no IML e nos hospitais regionais, veja a lista de Cartórios de Plantão no SAIBA MAIS.
- (2) A UBS que não tiver médico para atestar o óbito, ou que o médico não disponha de informações suficientes para estabelecer as causas do óbito, deve acionar o SVO.
- (3) Caso o fechamento da UBS esteja próximo ou haja previsão de demora no recolhimento do corpo, a unidade deverá fazer contato com o SVO e/ou o transporte da região para solicitar o rabecão e remover o corpo para unidade hospitalar que tenha câmara fria disponível.

**Fonte:** Equipe de Gerenciamento de Casos da GEAQAPS/DIRAPS/SRSSO

### Saiba mais:

**Nota Técnica N.º 4/2021 - SES/SVS/DIVEP/NSVO - FUNCIONAMENTO E FLUXO DO SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO DO DISTRITO FEDERAL - SEI 00060-00278017/2021-90.**

- **Sistema para solicitação de DO - 00060-00319972/2021-94 - DOC. SEI 65993472.**
- **Portaria 1013 de 13/12/2019 que dispõe sobre as atividades relacionadas ao fluxo de Declaração de Óbito.**
- **Portaria Nº 116, De 11 De Fevereiro De 2009 que regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos.**
- **Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito : documento necessário e importante.**
- **Processo Consulta nº 10/2018. Parecer CRM/DF 3/2019. Assunto: Declaração de óbito quando o médico não possui condições para determinar a causa da morte.**
- **Brasil. Ministério da Saúde. Manejo de corpos no contexto da doença causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 – Covid-19.**
- **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito: 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde : Fundação Nacional de Saúde, 2001.**
- **Plantão de Registro de Óbito no DF.**
- **Locais Plantão de óbito.**
- **Atenção Domiciliar na APS.**

## SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG)

O Sistema de Regulação (SISREG) é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas e os exames complementares. Cada UBS tem acesso ao sistema e realiza a inserção das solicitações para apreciação do Regulador, que irá deliberar sobre a marcação, solicitar complementação ou negar o agendamento com base nos protocolos de regulação e indicações clínicas.

As vagas para esse nível de complexidade são finitas, e, portanto, o encaminhamento deve ser direcionado a usuários com indicação clínica baseada nas melhores evidências disponíveis e de acordo com as Notas Técnicas de Especialidades Médicas da SES/DF, que estabelecem requisitos e conteúdo mínimo de informações que devem estar contidas nos encaminhamentos.

A referenciamento entre os níveis de atenção ocorre por meio do [Sisreg](#). O sistema serve prioritariamente para apoiar as atividades dos complexos reguladores. É por meio dele que é realizada a distribuição de forma equânime dos recursos de saúde para a população própria e referenciada de forma regionalizada e hierarquizada.

Durante o atendimento de saúde pelas UBSs, caso seja identificado que o usuário necessita de atendimento em outro ponto da rede, com base nos critérios clínicos definidos nos [protocolos](#) e nas [notas técnicas](#), o profissional de saúde, resguardando as competências profissionais de cada profissional, realiza a confecção do pedido de consulta/encaminhamento.

Os pedidos de consultas especializadas e encaminhamentos são inseridos pelo profissional que solicitou durante o atendimento. O profissional identifica a especialidade ou o exame, assegura-se de que este integra a lista de ofertas custeadas pelo SUS e realiza via sistema SISREG.

A inserção obedece a uma classificação de risco em quatro cores (Azul, Verde, Amarelo e Vermelho), que representam os níveis de criticidade do paciente. A prioridade é definida pelo profissional na hora do preenchimento do formulário, a depender da especialidade. Para algumas outras especialidades, subespecialidades e exames, a [Central de](#)

### Regulação do Distrito Federal (CRDF).

Todo usuário precisa do Cartão Nacional do SUS (15 dígitos) para que sua solicitação possa ser inserida no SISREG. Caso não possua, ele pode ser confeccionado no momento do atendimento, bastando o usuário apresentar qualquer documento que o identifique civilmente.

É importante que o telefone cadastrado seja um número válido e que permita comunicação com o usuário, pois o contato por chamada telefônica ainda é a principal forma de o paciente ser avisado da sua consulta e do seu exame.

Na hipótese de impossibilidade de agendamento em razão de inconsistência no pedido, falta de informação ou ausência da oferta da consulta ou exame, o SISREG sinaliza alterando o *status* do pedido para “DEVOLVIDO” e retira a solicitação da fila de agendamentos. A equipe deve sempre estar atenta à lista dos pedidos devolvidos, sendo indicado estabelecer uma rotina diária de conferência dessa lista no setor, para pronto ajuste das pendências e reinserção do pedido no SISREG. Caso contrário, a espera se prolonga, e o usuário não consegue que o agendamento seja efetivado.

Quando o usuário é contatado e avisado que seu exame/consulta foi agendado pelo SISREG, ele retorna à UBS para retirar uma sequência numérica, denominada “chave de atendimento”, que precisa ser apresentada no local onde realizará seu exame/consulta. Portanto, é importante estabelecer como rotina do setor a correta conferência de dados e o registro correto da série numérica da chave de acesso, orientando o usuário e fornecendo sinalização clara de onde está anotada a chave de atendimento, além de utilizar perguntas de segurança para reduzir as chances de erro: Qual será o dia da sua consulta? Qual é o horário?

O acesso a esse sistema é restrito. O Supervisor e o Gerente devem ter ciência de quem são os servidores da unidade que possuem acesso ao sistema. Servidores desligados do setor, da unidade ou de qualquer atribuição de regulação devem ter os seus acessos cancelados, evitando-se, assim, problemas por más condutas.

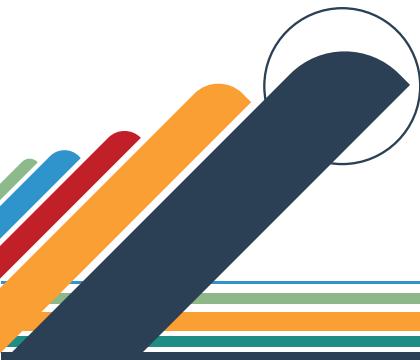
A fim de uma melhor gestão dos encaminhamentos, é indispensável um acompanhamento mais próximo pela GSAP, acompanhando inconsistências e os devolvidos. Dessa maneira, pode

articular com as equipes formas de resolução caso a caso, seja adequando informações para uma melhor classificação ou outras medidas necessárias.

**SAIBA MAIS:**

**Consultar manual da Gerência de Regulação, processo SEI N° 00060-00010834/2020-61 , Doc. 45106631.**

**Processo Regulatório de Acesso à Assistência.**



## CONSIDERAÇÕES FINAIS



**Fonte:** Mariana Raphael

O SUS, e, em especial, a APS, é uma grande conquista no processo da democratização do direito à saúde da população brasileira. Entretanto, toda conquista é disparadora de grandes desafios, que envolvem a garantia da atenção à saúde gratuita a todos, pautada nos princípios da universalidade, da resolutividade, da equidade, da descentralização, da qualidade e do controle social.

Nesse sentido, os serviços de saúde, em especial a gestão na APS, devem ser pautados no cuidado longitudinal e global, ou seja, centrado no indivíduo, e não somente no binômio saúde-doença. A prática e a competência da GSAP e de todos os atores envolvidos no gerenciamento da APS são estruturantes para a consolidação do SUS e do modelo de ESF, visto que os desafios encontrados na gestão pública vão para além dos processos e das atividades da gestão de pessoas.

Para transpor os obstáculos advindos do cotidiano, das relações e do próprio sistema, é essencial a integração em rede da GSAP, com a ampliação do escopo para uma prática que não pode ficar restrita ao momento, de forma focal, em que surgem os desafios. Para tanto, o gerente da APS precisa estar municiado de informações, conhecimento e compromisso que os auxiliam na efetivação de uma gestão horizontalizada, resolutiva, que corrobora para a efetivação das ações da APS e que coaduna com as diretrizes da integralidade, da universalidade e da equidade.

A proposição deste manual se alinha nessa perspectiva, quando se propõe a elucidar competências, responsabilidades e informações que sirvam de substrato para a edificação da prática do gerente e que se reverbere na estruturação, efetivação da prática assistencial, de processos de trabalho coerentes com os princípios de uma APS integral e com capacidade de dar respostas às necessidades de saúde.

Por fim, mas não menos importante, este documento objetivou oferecer apoio técnico para efetivação de um trabalho capaz de aprimorar competências técnicas e administrativas na prática profissional, articulando com os atores e compartilhando a gestão de forma democrática. Contando com ferramentas da APS, como o apoio institucional, que pode auxiliar na efetivação de uma gestão participativa, educação permanente que perpassa por caminhos como a mediação de conflitos, a gestão de pessoas, o planejamento estratégico e de melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários.

Nesse sentido, este manual não é o ponto final, mas sim o primeiro capítulo de uma história que está sendo escrita por cada um de nós.



**Fonte:** Mariana Raphael

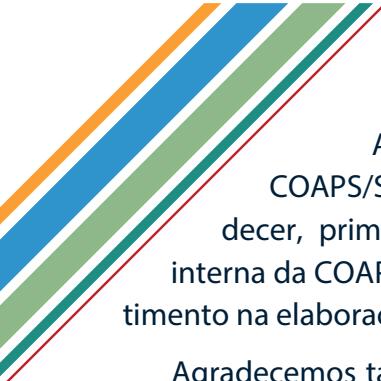


## AGRADECIMENTOS



Unidade Básica de  
Saúde (UBS) Nº 14  
Tabatinga  
Estratégia Saúde da Família-ESF

**Fonte:** Matheus Oliveira



A equipe da GESFAM/DESF/COAPS/SAIS/SESDF gostaria de agradecer, primeiramente, a toda a equipe interna da COAPS, pelo esforço e comprometimento na elaboração deste documento.

Agradecemos também às outras subsecretarias, coordenações, diretorias, gerências e núcleos da ADMC que, com todo empenho, contribuíram nos assuntos de sua governança.

Aos outros níveis de gestão central e regional, nos quais tivemos representação de grandes profissionais que atuam diretamente na gestão e na assistência local de cada Região de Saúde. Agradecemos, em especial, à Região de Saúde Norte, que disponibilizou seu material preliminar do “Manual

do Gestor, Supervisor e Técnico Administrativo”, o qual serviu de base em diversos conteúdos.

À Residência Multiprofissional da FEPECS, que disponibilizou, ao longo da construção do manual, residentes capacitados e que contribuíram ricamente. A contribuição de todos foi fundamental na elaboração deste documento, que tem a potencialidade de melhorar os processos de trabalho da gestão local da APS no DF.

Por fim, agradecemos à Fiocruz Brasília, que, por meio do Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde - Qualis APS, apoiou-nos na construção, na diagramação e na revisão deste manual.



Fonte: Matheus Oliveira

## REFERÊNCIAS

- BARCHIFONTAINE, C. B; PESSINI, L. **Bioética**: alguns desafios. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC 197, de 26 de dezembro de 2017**. Brasília: Anvisa, 2017. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento dos serviços de vacinação humana. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0197\\_26\\_12\\_2017.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2017/rdc0197_26_12_2017.pdf). Acesso em: 17 mar. 2021.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
- BRASIL. Mesa do Senado Federal. **Assédio moral e sexual no trabalho**. Biênio 2017-2019. Brasília: Mesa do Senado Federal, 2017. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/publicacoes/cartilha-assedio-moral-e-sexual-no-trabalho>. Acesso em: 9 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ambiência. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, jan. 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170\\_ambiciencia.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiciencia.html). Acesso em: 9 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-264-de-17-de-fevereiro-de-2020-244043656>. Acesso em: 17 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013.** Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 9 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014.** Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014.** Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação e acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014.** Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014.** Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 9 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Funções da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smprasfuncoesab>. Acesso em: 6 out 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1975.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-32, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. supl. 1, p. 983-995, dez. 2014.

CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Investigação sobre cogestão apoio institucional e apoio matricial no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2017.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul. 2014 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000701453&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701453&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 8 dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 509, de 15 de março de 2016**. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Brasília: COFEN, 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolução-509-16.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.127, de 17 de julho de 2015**. Estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps I, Postos de Perícias Médicas da Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Brasília: CFM, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/10/2015&jornal=1&página=236&totalArquivos=240>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.147, de 27 de outubro de 2016**. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Brasília: CFM, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 553, de 9 de agosto de 2017**. Aprova a atualização da Carta dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes dos Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde anexa a esta Resolução. Brasília: CNS, 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

CRI. **Articulação para o combate ao racismo institucional:** identificação e abordagem do racismo institucional. Brasília: CRI, 2006.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. v. 1.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 37.982, de 30 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas trans - travestis, transexuais e transgêneros - no âmbito da Administração Pública direta e indireta do Distrito Federal. Brasília: Poder Executivo, 2017f. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/5346cac4208b48159dbea271a652326d/exec\\_dec\\_37982\\_2017.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/5346cac4208b48159dbea271a652326d/exec_dec_37982_2017.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto nº 34.023, de 10 de dezembro de 2012.** Regulamenta os Procedimentos Médico-Periciais e de Saúde Ocupacional da Secretaria de Estado de Administração Pública, no âmbito da Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Poder Executivo, 2018. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/72964/Decreto\\_34023\\_10\\_12\\_2012.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/72964/Decreto_34023_10_12_2012.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **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. Brasília: Poder Executivo, 2016a.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto 16.109, de 01 de dezembro de 1994.** Disciplina a administração e o controle dos bens patrimoniais do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Poder Executivo, 1994. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/27086/Decreto\\_16109\\_01\\_12\\_1994.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/27086/Decreto_16109_01_12_1994.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018.** Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília: Poder Executivo, 2018b.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto nº 39.048, de 11 de maio de 2018.** Regulamenta a Lei nº 6.137, de 20 de abril de 2018, que trata da remuneração por Trabalho em Período Definido (TPD) e da jornada de trabalho nas unidades de saúde. Brasília: Poder Executivo, 2018d.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto nº 39.060, de 17 de maio de 2018.** Altera o Decreto nº 39.048, de 11 de maio de 2018, que regulamenta a Lei nº 6.137, de 20 de abril de 2018, que trata da remuneração por Trabalho em Período Definido (TPD) e da jornada de trabalho nas unidades de saúde. Brasília: Poder Executivo; Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2018e.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018.** Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Poder Executivo, 2018f. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c7d8594440ea48969cee564fafaf77865/Decreto\\_39546\\_19\\_12\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c7d8594440ea48969cee564fafaf77865/Decreto_39546_19_12_2018.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Lei nº 840, de 23 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais. Brasília: Poder Executivo, 2011. Disponível em: <http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=840&txtAno=2011&txtTipo=4&txtParte>. Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Lei nº 4225, de 24 de outubro de 2008.** Estabelece normas para a comprovação de residência no âmbito do Distrito Federal. Brasília: Pode Executivo, 2008.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Lei nº 6.133, de 06 de abril de 2018.** Estabelece a Estratégia Saúde Família como modelo da atenção primária do Distrito Federal e promove medidas para seu fortalecimento. Brasília: Poder Executivo, 2018a.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Lei nº 6.137, de 20 de abril de 2018.** Cria a remuneração por Trabalho em Período Definido - TPD e prevê outras medidas para garantir a assistência à saúde no Distrito Federal. Brasília: Poder Executivo; Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2018c.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Portaria Conjunta SGA/SES nº 8, de julho de 2006.** Brasília: Secretaria de Estado de Gestão Administrativa, 2006.

DISTRITO FEDERAL (Estado). **Portaria nº 124, de 23 de março de 2018.** Regulamenta o pagamento de auxílio-transporte dos servidores públicos da Administração Direta Autárquica e Fundacional do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2018i. Disponível em: [http://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PORTARIA-124\\_2018-SEPLAG.pdf](http://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PORTARIA-124_2018-SEPLAG.pdf). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Linha guia de saúde bucal do Distrito Federal:** organização da rede de atenção à saúde bucal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal 2017c. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Linha-Guia-de-SB-do-DF-Completo.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2020.

DISTRITO FEDERAL (estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Nota Técnica nº 3/2021 - SES/SAIS/COAPS/DAEAP/GESSP.** Fluxo da Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2021. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota\\_Tecnica\\_54468966\\_SEI\\_GDF\\_\\_54269978\\_\\_Nota\\_Tecnica.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota_Tecnica_54468966_SEI_GDF__54269978__Nota_Tecnica.pdf). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Saúde 2016-2019:** versão aprovada conforme Resolução CSDF nº 457, de 5 de abril de 2016. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2016b.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal. **Portaria Conjunta nº 01, de 23 de fevereiro de 2010.** Estabelece normas para a concessão de servidores da Secretaria de Estado de Saúde em caráter temporário e gratuito à Secretaria de Estado de Segurança Pública para atuarem junto ao Sistema Penitenciário. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal, 2010.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal. **Lei nº 6.490, de 29 de janeiro de 2020.** Dispõe sobre o Plano Plurianual do Distrito Federal para o quadriênio 2020-2023. Brasília: Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal, 2020. Disponível em: <http://www.economia.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2021/01/Lei-do-PPA-2020-2023-atualizada.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Manual de parâmetros mínimos da força de trabalho para dimensionamento da rede.** 1. ed. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018h. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/MANUAL-DE-PARAMETROS.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2020.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal. **Nota Técnica Conjunta 2018 – COAPS/SAIS/SES, CTINF/SES e CCSGI/SUPLANS/SES, de 25 de junho de 2018.**

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 67, de 03 de maio de 2016.** Dispõe sobre os critérios para o controle eletrônico e a aferição de frequência dos Servidores da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2016. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6891ee04b9ab400d9d9a0b588e3b884f/ses\\_prt\\_67\\_2016.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/6891ee04b9ab400d9d9a0b588e3b884f/ses_prt_67_2016.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). 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. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2017a.

DISTRITO FEDERAL (Estado). 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. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2017e. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses\\_prt\\_77\\_2017.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). 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. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2017b.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 157, de 10 de julho de 2019.** Estabelece medidas para garantir a efetividade da participação popular dos serviços públicos prestados por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2019. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/aca0b642947047369d94673a3d5c3e1d/Portaria\\_157\\_10\\_07\\_2019.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/aca0b642947047369d94673a3d5c3e1d/Portaria_157_10_07_2019.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 199, de 1º de outubro de 2014.** Dispõe sobre os horários de funcionamento das Unidades Orgânicas da Secretaria de Estado de Saúde – SES/DF, elaboração de escalas de serviços, distribuição de carga horária dos servidores efetivos, dos servidores requisitados de outros órgãos, ocupantes de cargos comissionados e de natureza especial, dos contratados nos termos das Leis nº 4.266/2008 e nº 5.240/2013, dos empregados públicos e dá outras providências. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2014. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/78026/ses\\_prt\\_199\\_2014.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/78026/ses_prt_199_2014.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 250, de 17 de dezembro de 2014.** Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2014. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/78835/Portaria\\_250\\_17\\_12\\_2014.html](http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/78835/Portaria_250_17_12_2014.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 436, de 04 de maio de 2021.** Estabelece o Regulamento dos Procedimentos Operacionais do Sis-Materiais. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2021. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/03fef55e878d40abb68d7003ede574dc/ses\\_prt\\_436\\_2021.html](http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/03fef55e878d40abb68d7003ede574dc/ses_prt_436_2021.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 473, de 22 de maio de 2018.** Dispõe sobre a prestação de TPD na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018g.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 489, de 24 de maio de 2018.** Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, estabelecendo as normas e diretrizes para a organização de seu processo de trabalho. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2018m. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria\\_489\\_24\\_05\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/Portaria_489_24_05_2018.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 576, de 13 de outubro de 2017.** Dispõe sobre as regras para cumprimento da Lei nº 5.834, de 11 de abril de 2017, que trata sobre a divulgação de informação a respeito de medicamentos distribuídos gratuitamente à população pelo Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2017d. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/a9a8705fdaaa444490fb24b70db9bf20/ses\\_prt\\_576\\_2017.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/a9a8705fdaaa444490fb24b70db9bf20/ses_prt_576_2017.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal. **Portaria nº 1.031, de 5 de outubro de 2018.** Brasília: Secretaria De Estado De Saúde Do Distrito Federal, 2018l. Disponível em: [http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/19dde325d00c4d12a094dddeb57442b6/ses\\_prt\\_1031\\_2018.html](http://www.tc.df.gov.br/sinj/Norma/19dde325d00c4d12a094dddeb57442b6/ses_prt_1031_2018.html). Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2019. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2019/09/PDS-2020-2023-arquivo-para-consulta-publica.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

DISTRITO FEDERAL (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Competências. **SESDF,** Brasília, 2020. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/competencias/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

Utilização do e-SUS AB no âmbito da Atenção Primária à Saúde para registro de dados clínicos e de produção. Brasília: Secretaria de Estado de Economia do Distrito Federal, 2018j. Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota\\_Tecnica\\_2\\_2018\\_COAPS\\_\\_Utilizacao\\_do\\_e\\_SUS\\_AB\\_no\\_ambito\\_da\\_Atencao\\_Primaria\\_a\\_Saude\\_para\\_registro\\_de\\_dados\\_clinicos\\_e\\_de\\_producao\\_\\_SEI\\_GDF\\_\\_9562150.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Nota_Tecnica_2_2018_COAPS__Utilizacao_do_e_SUS_AB_no_ambito_da_Atencao_Primaria_a_Saude_para_registro_de_dados_clinicos_e_de_producao__SEI_GDF__9562150.pdf). Acesso em: 17 mar. 2021.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

GARCIA, R. A. **Guia de boas práticas de enfermagem na atenção básica:** norteando a gestão e a assistência. São Paulo: Coren-SP, 2017.

GIL, C. R. R.; MAEDA, S. T. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 325-348.

GOTTEMS, L. B. D. et al. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 6, p. 1997-2008, jun. 2019.

GUSSO, G. LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2020.

HIRIGOYEN, M.-F. **Mal-estar no trabalho**: redefinindo o assédio moral. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil LTDA., 2012.

LÓPEZ, L. C. El concepto de racismo institucional: aplicaciones en el campo de la salud. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 121-34, jan./mar. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENEZES, R. A.; CARDOSO, A. S. R. (org.). **Ouvidoria pública brasileira**: reflexões, avanços e desafios. Brasília: Ipea, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. **OMS**, Alma-Ata, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/>. Acesso em: 21 nov. 2018.

PEREIRA JÚNIOR, N.; CAMPOS, G. W. S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, supl. 1, p. 895-908, dez. 2014.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.; PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 321-329, jun./2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Tecnologias de gestão na atenção primária à saúde**. Florianópolis: CCS/UFSC, 2019. Disponível em: [https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id\\_cpmenu/1311/Tecnologias\\_Gestao\\_Carise\\_Monica\\_15868009797589\\_1311.pdf](https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1311/Tecnologias_Gestao_Carise_Monica_15868009797589_1311.pdf). Acesso em: 8 dez. 2020.

WARSCHAUER, M.; CARVALHO, Y. M. O conceito “intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP11. **Saúde e Sociedade** [online], v. 23, n. 1, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for patient safety**: the second global patient safety challenge - safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2008.

