



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
Coordenação de Atenção Primária à Saúde

Nota Técnica N.º 11/2022 - SES/SAIS/COAPS

Brasília-DF, 08 de Setembro de 2022.

QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO E DO ACESSO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DO DISTRITO FEDERAL (DF)

1. OBJETIVO:

Orientar a implantação do acolhimento ampliado com classificação de risco e vulnerabilidade à demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal.

2. JUSTIFICATIVA:

A pandemia da Covid-19 e a endemia de dengue vêm testando a resiliência e a capacidade de resolver problemas na Atenção Primária à Saúde (APS). No primeiro semestre de 2022, mais de 74% dos 1.687.158 atendimentos realizados foram de demanda espontânea, sendo que 499.335 desses atendimentos foram relacionados à dengue e à síndrome gripal. Quando ainda não se tem acesso universal à saúde, essas condições de extrema pressão sobre os serviços primários de saúde costumam acarretar a priorização de determinados problemas em detrimento de outros, provocando descontinuidade do cuidado, sobretudo às pessoas com doenças crônicas, dificuldade de acesso, violência, esgotamento e adoecimento da força de trabalho. Em razão dos múltiplos desafios de saúde pública para a APS aqui apresentados, soma-se a isso o fato de que 48% da população considera a saúde como o principal problema do DF, constatando-se a necessidade de organizar os serviços primários de saúde e de ampliar e fortalecer o acesso. Este documento se propõe a orientar as regiões de saúde e as gerências das UBS na implantação do acolhimento ampliado em todas as unidades, na expectativa de padronizar, organizar, facilitar, monitorar e avaliar a oportunidade de acesso a todos os cidadãos que se dirigirem a um serviço primário de saúde com uma queixa, demanda ou uma necessidade de saúde. Espera-se que com o fortalecimento da estratégia de acolhimento, os serviços estejam melhor preparados para resolver os problemas de saúde da população pela qual são responsáveis, tanto pela ampliação do acesso, como pela organização dos serviços.

Para fins de alinhamento de conceitos necessários para o entendimento desta Nota Técnica, esclarecem-se os termos abaixo segundo o Protocolo de Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF (2018, pg. 38):

Acolhimento: prática presente nas relações de cuidado, entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, sendo um mecanismo de ampliação e facilitação do acesso.

3. CONTEÚDO:

Classificação de Risco e Vulnerabilidade na APS: processo de priorização dos atendimentos por meio da avaliação da gravidade de uma situação apresentada utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.

3.1. MODALIDADES DE ACOLHIMENTO: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

O Caderno de Atenção Básica nº 28 sugere três modalidades de acolhimento para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como formas de ampliar/facilitar o acesso dos usuários, de organizar o processo de trabalho na unidade e de cuidar da população de um determinado território. Cada unidade costuma implementar a modalidade de acolhimento mais adequada para a realidade local. Na hora de escolher qual modalidade será adotada, são levadas em conta as características peculiares de cada local tais quais, a cobertura, a composição das equipes, a estrutura física da UBS, dentre outras. Assim, quando a UBS X adota uma modalidade de acolhimento distinta da adotada pela UBS Y, não é só a forma de acolher e atender a demanda espontânea que difere de uma para outra, é também a forma como as agendas são organizadas, é a forma como se dá a experiência do cidadão na unidade, é sobre não ser ouvido, mas ser perguntado sobre qual é o seu endereço de residência, ou ainda sobre ser, ou não mandado embora da unidade por não haver médico, quando sequer um profissional de saúde perguntou do que o usuário precisava naquele momento.

No que se refere às modalidades de acolhimento, as mais recorrentes no DF são: o acolhimento por equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o acolhimento geral com atendimento pela equipe do dia ou pela própria equipe do cidadão. Cada modalidade tem suas vantagens e suas desvantagens que não podem ser observadas como listas de comparação, mas serem compreendidas de acordo com o estágio de maturação da ESF no Distrito Federal.

Embora a modalidade de acolhimento por equipe seja a mais utilizada na APS, por manter o vínculo quer na demanda espontânea, quer na demanda programada, ela é confrontada com os seguintes desafios:

- a) Quem vai atender os pacientes da equipe A, se a equipe B está em atendimento domiciliar?
- b) De quem é a responsabilidade pelo atendimento aos pacientes fora de área?

- c) O que fazer se todos os pacientes que procurarem à UBS por demanda espontânea forem de uma única equipe?
- d) Como ofertar salas/consultórios para que todas as equipes tenham acolhimento próprio quando se tem estruturas físicas incompatíveis com a necessidade do serviço?
- e) Como resolver os conflitos internos adjacentes das sobrecargas provocadas nas equipes assíduas, ante a realidade do absenteísmo e das equipes incompletas?
- f) Como garantir que todo paciente seja ouvido, se para ser acolhido é preciso circular por vários lugares da unidade até achar quem o escute?
- g) Como garantir um serviço “porta aberta” com escuta profissional qualificada, se as equipes estão sempre trancadas na chave em algum consultório?

A modalidade do acolhimento ampliado, embora fragilize o vínculo da equipe com o usuário, por permitir que o paciente da equipe A seja atendido pela equipe B no momento das urgências e emergências, costuma dar melhores respostas aos questionamentos enfrentados pela outra modalidade e se apresenta como mais adequado nos cenários em que não há cobertura universal, como no Distrito Federal, em que atualmente não temos cobertura de 100% da população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.2. PORQUE É PRECISO ACOLHER A DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não são somente os profissionais de saúde quem decidem sobre as necessidades de saúde dos pacientes. As pessoas têm suas próprias perspectivas sobre o que as adoecem, sobre o que lhes afetam e sobre o que precisam. É muito comum que ao chegar à unidade, contudo, ao passar por uma escuta profissional qualificada, o paciente tenha suas expectativas ajustadas pela readequação da demanda ou pela limitação da oferta de serviços. Contudo, se o contrário ocorre e o usuário é mandado embora sem nem conseguir atravessar a fresta da porta para expressar a sua necessidade, essa não some nem diminui, ela é reprimida e redirecionada.

Quando a demanda apresentada pelo usuário não é acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços”. BRASIL,2013.

Os serviços de saúde primários são as estruturas mais capilarizadas do SUS. Somente no DF são 175 UBS espalhadas em 30 das 33 regiões administrativas. Essa realidade coloca a APS como porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), inclusive da Rede de Urgência e Emergência (RUE) para a qual as UBS são percebidas como ponto de atenção em conjunto com Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviços Hospitalares de Emergência (SHE). Como integrante da RUE a UBS é porta de entrada para as primeiras urgências e emergências.

“É fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos”. BRASIL, 2013.

Qualquer paciente, por mais que bem cuidado e acompanhado, apresentando uma doença crônica, sobretudo hipertensão e diabetes, pode em algum momento vir a ter alguma descompensação que requeira avaliação e conduta de serviços de saúde. Para as UBS rurais ou urbanas com cobertura territorial universal é muito comum que a unidade seja percebida pela população como referência para qualquer situação de saúde. É muito natural que o serviço que acompanha e assiste mensalmente o paciente, seja também a sua salvaguarda nos momentos de aflição e dor.

“Nos momentos de sofrimento dos usuários, quando se sentem, comumente, desamparados, desprotegidos, ameaçados e fragilizados, é bastante razoável que muitos deles recorram às unidades de APS quer pela proximidade física, quer pelos vínculos que possuem com os profissionais em quem eles confiam”. BRASIL,2013.

Nos lugares em que não há cobertura universal e o contingente populacional supera em muito a capacidade operacional do serviço e as oportunidades de acesso são mais escassas, dificilmente a UBS será percebida como um lugar de atendimento no momento de dor. Não à toa, 36,9% dos pacientes que procuram os SHE são classificados na cor verde, com baixa complexidade e viabilidade de atendimento na APS.

“Perde-se legitimidade perante os usuários uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização; constrói-se a imagem na sociedade de que ‘a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital’”. BRASIL,2013.

Dos pacientes verdes que frequentaram os SHE no primeiro semestre de 2022, mais de 70% o fazem nos mesmos horários de funcionamento das UBS, quando se é esperado que esse volume de atendimento seja maior nos hospitais entre as 19h e as 07 da manhã e aos finais de semana,

quando os serviços de saúde primários não abrem. Quando apuradas as causas de procura pelo atendimento, trata-se geralmente de ocorrências sem complicações clínicas ou sem demanda diagnóstica que exija o emprego de grande logística.

Frente ao exposto, recomenda-se a implantação de acolhimento ampliado para as demandas espontâneas com a realização de classificação de risco e vulnerabilidade, de forma a aumentar a resolutividade dos problemas dos usuários pelo profissional enfermeiro em todas as UBS do Distrito Federal. Ademais, permanece a responsabilidade de cada equipe de Saúde da Família (eSF) realizar o acolhimento daqueles usuários com demandas não agudas e programadas, a fim de manter a longitudinalidade, integralidade e criação de vínculo com a população.

Reforça-se ainda que após a resolução das demandas agudas dos usuários, eles deverão ser encaminhados de forma responsável à sua equipe de referência para a continuidade do cuidado, com resumo do atendimento para que a equipe esteja ciente, na ausência do prontuário eletrônico.

3.3. COMO VAI FUNCIONAR O ACOLHIMENTO AMPLIADO NAS UBS DO DISTRITO FEDERAL

3.3.1. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

Cada unidade será contemplada com enfermeiro(s) de família, comunidade e previsão de técnico(s) de enfermagem de acordo com o número de equipes de Saúde da Família (eSF), em respeito à regra abaixo apresentada:

Número de equipes	Enfermeiros e/ou Enfermeiros de Família e Comunidade	Técnicos de Enfermagem
1 - 3 eSF	40h	40h
4 - 6 eSF	80h	80h
A partir de 7 eSF	120h	120h

Para fins de dimensionamento de enfermeiros para as salas de acolhimento não serão contabilizados aqueles designados como responsáveis pela sala de imunização e os ocupantes de cargo em comissão.

Dessa forma, as unidades que possuem enfermeiros excedentes, não contabilizados os profissionais supracitados, receberão somente profissionais na quantidade faltante para complementar a carga horária prevista no quadro acima.

Os gerentes e supervisores de serviços da atenção primária à saúde deverão garantir a retaguarda médica necessária aos atendimentos fora do escopo regimental dos profissionais de enfermagem, segundo o código de ética da profissão.

3.3.2. RETAGUARDA ASSISTENCIAL

Na medida do recebimento dos profissionais previstos, as UBS deverão transacionar as demandas espontâneas do acolhimento em equipe para o acolhimento ampliado. Cada unidade poderá decidir colegiadamente qual modalidade de retaguarda deverá ser adotada para dar suporte ao acolhimento. As duas modalidades de retaguarda assistencial previstas para o acolhimento ampliado nas UBS são:

3.3.2.1. ATENDIMENTO NA MODALIDADE COMPARTILHADO POR EQUIPE

Nesta modalidade de retaguarda assistencial, cada equipe deixa horários vagos na agenda para atendimento no turno para atender demanda espontânea.

3.3.2.2. ATENDIMENTO NA MODALIDADE DE ACOLHIMENTO POR EQUIPE DO DIA/TURNO

Nesta modalidade de retaguarda assistencial, aquelas unidades com até 6 equipes deverão possuir 01 a 02 equipes de ESF de retaguarda, e as que possuírem acima de 6 equipes deverão possuir 02 equipes. Vale ressaltar que essas equipes de retaguarda do acolhimento deverão ser exclusivamente para atendimento à demanda espontânea.

3.4. PROCESSO DE TRABALHO NA MODALIDADE DE ATENDIMENTO COMPARTILHADO POR EQUIPE

- As equipes deverão reservar vagas de atendimento à demanda espontânea por enfermeiros e médicos diariamente;
- No início do turno, cada equipe deverá informar à gerência ou à supervisão, o quantitativo de vagas para demanda espontânea no período;
- Após o acolhimento e a classificação de risco e vulnerabilidade, o enfermeiro do acolhimento deverá identificar a eSF de referência do usuário e encaminhá-lo para atendimento quando possível. No caso da equipe de referência do usuário estar proporcionalmente com volume de atendimento muito discrepante em relação às demais, o paciente pode ser atendido por outra

equipe que não a sua ou pelo próprio enfermeiro acolhedor;

- Nos dias de reunião de equipe e de atendimento em domicílio, as equipes remanescentes deverão atender os pacientes de demanda espontânea sem equipe no dia;
- Os pacientes fora de área deverão ser distribuídos revezadamente entre as equipes e profissionais disponíveis no período. Esse revezamento pode ser diário ou pode ser contínuo, utilizando-se a ordem alfabética do nome das equipes, por exemplo;
- Quando o enfermeiro do acolhimento está em afastamento, os enfermeiros das equipes deverão se revezar no acolhimento para cobrir todo o horário de funcionamento da UBS;
- Gestantes em demanda espontânea deverão ser atendidas, preferencialmente, pela sua equipe;
- Pacientes com consulta agendada que chegarem com quadro agudizado para a consulta de rotina deverão ser priorizados (a depender da classificação de risco e vulnerabilidade) na lista de atendimentos pela própria equipe de referência que já o atenderia se não houvesse demanda espontânea.

3.5. PROCESSO DE TRABALHO NA MODALIDADE DE ACOLHIMENTO POR EQUIPE DO DIA/TURNO

- A equipe escalada para atendimento do turno/dia, deverá destacar todos os seus profissionais para atendimento à demanda espontânea;
- As demais equipes deverão seguir a rotina de atendimento prevista para a ESF, sem preocupação com a demanda espontânea;
- O enfermeiro do acolhimento terá somente uma equipe do turno/dia para encaminhar os pacientes que necessitam de atendimento (médico/enfermeiro) ou procedimentos não agendados (medicação prescrita no atendimento, curativos e procedimentos de demanda espontânea que chegarem no seu turno de atendimento como uma das equipes de retaguarda, de pacientes atendidos pela sua equipe);
- As equipes deverão ter dias e turnos fixos para serem escaladas no atendimento do dia. Havendo falta do profissional médico na equipe do turno/dia, os pacientes verdes poderão ser atendidos pelo enfermeiro da equipe do turno/dia ou ser orientados a retornarem no turno seguinte, e os amarelos, e vermelhos deverão ser distribuídos entre os médicos presentes na unidade. Havendo falta do enfermeiro da equipe do turno/dia os pacientes verdes poderão ser atendidos pelo médico da equipe do turno/dia ou ser orientados a retornarem no turno seguinte.
- A equipe do dia deverá atender a demanda espontânea oriunda de todas as eSF, das equipes em reunião ou em atendimento domiciliar e os pacientes fora de área, conforme classificação de risco e vulnerabilidade;
- Quando o enfermeiro do acolhimento está em afastamento, o enfermeiro da equipe do turno/dia automaticamente assume o acolhimento geral da unidade;
- Gestantes em demanda espontânea deverão ser preferencialmente atendidas pela sua equipe;
- Pacientes com consulta agendada que chegarem com quadro agudizado para a consulta de rotina deverão ser priorizados (a depender da classificação de risco e vulnerabilidade) na lista de atendidos pela própria equipe de referência que já o atenderia se não houvesse demanda espontânea.

3.6. ATRIBUIÇÕES POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Conforme a modalidade de retaguarda assistencial para o acolhimento escolhida pela unidade, as diferentes categorias profissionais atuantes na APS terão atividades específicas distintas de uma unidade para outra. O que há de igual, é que todos os esforços são voltados para que o cidadão seja ouvido, as suas demandas sejam acatadas e a experiência de acesso do cidadão seja satisfatória.

3.6.1. ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO COMPARTILHADO ENTRE EQUIPES

3.6.1.1. ACS/OUTROS PROFISSIONAIS

- Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera de acordo com a queixa ou demanda;
- Exercitar a prática de acolher e de realizar escuta ativa, em toda a experiência de contato com os usuários;
- Considerar toda espera na unidade, todo processo desde a chegada do usuário até a sua saída como uma oportunidade de fazer/atualizar o cadastro, de disseminar a modelagem de organização do serviço, de identificar necessidades e pendências de saúde e de estreitar vínculos.

3.6.1.2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera.
- Agir em interlocução com o enfermeiro do acolhimento para assegurar que nenhum paciente se perca no fluxo da unidade.
- Cadastrar ou atualizar o cadastro dos pacientes que estão aguardando consulta agendada ou atendimento após serem encaminhados pelo acolhimento.
- Marcar consultas de pacientes azuis e realizar procedimento.
- Participar da triagem do paciente em suporte ao enfermeiro na verificação de sinais vitais em pacientes da demanda espontânea.
- Realizar curativos e procedimentos de demanda espontânea que chegarem no seu turno de atendimento como uma das equipes de retaguarda, de pacientes atendidos pela sua equipe.

3.6.1.3. ENFERMEIRO DE EQUIPE

- Reservar a quantidade de vagas necessárias para a demanda espontânea de cada período. É vedado ao profissional recusar atender demanda espontânea por estar com a agenda lotada.
- Substituir, em rodízio com os demais enfermeiros das outras equipes, o enfermeiro do acolhimento nos casos de afastamento deste.

3.6.1.4. MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- Reservar a quantidade de vagas necessárias para a demanda espontânea de cada período. É vedado ao profissional recusar atender demanda espontânea por estar com a agenda lotada.

3.6.1.5. ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO

- Acolher, realizar escuta qualificada, classificar o risco e identificar a equipe de referência de todo e qualquer paciente que chegar à unidade.
- Administrar as vagas de demanda espontânea com a finalidade de adequar a oferta e a demanda, levando em consideração a classificação de risco e vulnerabilidades do usuário.
- Realizar o atendimento de demanda espontânea após acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade com base nos protocolos clínicos aprovados e, sempre que possível, podendo resolver e finalizar os problemas do paciente no momento do atendimento, para racionalizar e otimizar o uso das vagas disponibilizadas pelas equipes.

3.6.2. ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO POR EQUIPE DE RETAGUARDA NO TURNO/DIA

3.6.2.1. ACS/OUTROS PROFISSIONAIS

- Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera de acordo com a queixa ou demanda.
- Exercitar a prática de acolher e de realizar escuta ativa, em toda a experiência de contato com os usuários.
- Considerar toda espera na unidade, todo processo desde a chegada do usuário até a sua saída como uma oportunidade de fazer/atualizar o cadastro, de disseminar a modelagem de organização do serviço, de identificar necessidades e pendências de saúde e de estreitar vínculos.

3.6.2.2. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera.
- Atuar na retaguarda do acolhimento no direcionamento para marcação de consulta em suas respectivas equipes os pacientes classificados como azuis.
- Cadastrar ou atualizar o cadastro dos pacientes que estão aguardando passagem pelo acolhimento, nos momentos em que houver retenção de fila, quer seja por uma escuta mais

demorada ou por necessidade de atendimento pelo enfermeiro do acolhimento.

- Participar da triagem do paciente em suporte ao enfermeiro na verificação de sinais vitais em pacientes da demanda espontânea.
- Realizar curativos e procedimentos de demanda espontânea que cheguem no seu turno de atendimento como equipe do dia/turno, não importando a origem do paciente.

3.6.2.3. ENFERMEIRO DE EQUIPE

- Bloquear toda a sua agenda para o período em que está escalado para ser equipe do dia/turno.
- Substituir, nos dias em que estiver escalado para a demanda espontânea, o enfermeiro do acolhimento nos casos de afastamento deste.

3.6.2.4. MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

- Bloquear toda a sua agenda para o período em que está escalado para ser equipe do dia/turno.

3.6.2.5. ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO

- Acolher, realizar escuta qualificada, classificar o risco e identificar a equipe de referência de todo e qualquer paciente que chegar à unidade.
- Administrar as vagas de demanda espontânea com a finalidade de adequar a oferta e a demanda, levando em consideração a classificação de risco e vulnerabilidades do usuário.
- Realizar os atendimentos de demanda espontânea após acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade sempre que for oportuno resolver o problema do usuário sem fazê-lo passar por um período prolongado de espera na unidade ou com base nos protocolos clínicos aprovados sempre que possível para quando for uma oportunidade de racionalizar e otimizar o uso das vagas disponibilizadas pelas equipes.

3.7. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

Para a implementação do acolhimento ampliado, toda uma linha de montagem com engrenagens complexas foi montada, com distribuição bem clara de responsabilidades complementares para dar suporte às unidades e às equipes no processo de transição, manutenção ou fortalecimento desta modalidade de organização do acesso.

Foram considerados na matriz de responsabilidade, os domínios: central, regional e local.

3.7.1. RESPONSABILIDADE CENTRAL

3.7.1.1. COAPS

- Elaborar e revisar a política de acolhimento ampliado na APS do DF;
- Intermediar junto à SUGEP o provimento de enfermeiros de acolhimento para as UBS conforme os parâmetros estabelecidos neste documento;
- Elaborar e coordenar programa de treinamento para enfermeiros da APS.

3.7.1.2. DIENF

Apoiar e fortalecer programa de treinamento para enfermeiros da APS; Revisar a nota técnica de acolhimento ampliado na APS do DF.

3.7.2. RESPONSABILIDADE REGIONAL

3.7.2.1. DIRAPS

Apoiar as unidades de saúde na implementação da modelagem de acolhimento ampliado;

Cobrar das gerências e supervisões o cumprimento dos prazos e a execução das estratégias aqui descritas para a implantação do acolhimento ampliado nas UBS;

Auxiliar a COAPS na identificação das necessidades de lotação e fixação de profissionais;

Apoiar a superintendência na redistribuição dos profissionais da APS da região, nas UBS, de acordo com a necessidade de melhorar a assistência ofertada, respeitando os parâmetros estabelecidos neste documento;

▫ Revisar a política de acolhimento ampliado na APS do DF.

3.7.2.2. GENF

▫ Dar suporte à unidade na montagem das escalas e dos rodízios para atendimento à demanda espontânea, aos pacientes fora de área e aos usuários de equipe em reunião ou atendimento domiciliar, ou dar suporte à unidade para implementar o revezamento das equipes por turno.

3.7.2.3. GEAQAPS

- Monitorar por meio de registros de ouvidoria e de dados produzidos no e-SUS os impactos provocados pela implementação da modalidade de acolhimento nas unidades;
- Visitar as UBS com a finalidade de verificar a implementação da modalidade de acolhimento, conversar com gestores, profissionais e usuários a fim de identificar pontos fortes e vulnerabilidades do processo que venham dificultar ou impossibilitar o acesso;
- Dar suporte às unidades que queiram modificar a modalidade de retaguarda ao acolhimento ampliado, após experiência mal sucedida com alguma das modalidades escolhidas para o local.

3.7.2.4. EQUIPE DE GESTÃO DE CASOS

▫ Apoiar regionalmente a transferência de cuidado de pacientes que demandem acesso ao Serviço Hospitalar de Emergência.

3.7.3. RESPONSABILIDADE LOCAL

3.7.3.1. GSAP

- Incentivar a participação ativa de profissionais e colaboradores da unidade na escolha da modalidade de retaguarda das equipes ao acolhimento;
- Coordenar o processo de escolha da modalidade de retaguarda assistencial das equipes ao acolhimento;
- Celebrar entre os profissionais participantes um contrato informal de trabalho que dê solidez aos arranjos organizativos entre as equipes para dar retaguarda ao acolhimento;
- Cobrar das equipes o número de vagas para demanda espontânea no início de cada turno e assegurar que esse número seja compatível com a relação entre oferta e demanda;
- Garantir que ao conceder férias, abonos, folgas e licenças, a concessão irá ser equitativa e proporcional de modo que o contrato de retaguarda assistencial celebrado entre as equipes seja mantido, com o mínimo de sobrecarga possível aos trabalhadores não afastados;
- Elaborar análise de perfil da demanda espontânea para trabalhar junto às equipes estratégias de otimização do acesso, redução do tempo de espera e maximização da experiência do usuário a partir de dados do e-SUS;
- Monitorar as vagas reservadas para a demanda espontânea no e-SUS;
- Garantir a retaguarda médica necessária nas condutas fora do escopo regimental dos profissionais de enfermagem.

3.7.3.2. SUPERVISOR

- Circular na unidade, identificar se os pacientes já foram acolhidos ou estão aguardando no lugar certo para serem acolhidos;
- Executar as regras de contingência quando na falta do enfermeiro do acolhimento, de algum médico nas equipes ou na ausência de algum dos profissionais médico, ou enfermeiro da equipe do dia.

3.7.3.3. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE

- Comunicar à gerência o número de vagas para atendimentos por enfermeiro e por médico no dia;
- Comunicar à supervisão eventuais dificuldades da equipe em honrar com a pactuação;
- Assegurar a mobilização de toda a sua equipe no cumprimento do contratado entre as equipes para a retaguarda assistencial ao acolhimento.

3.8. ESCALA DE TRABALHO PARA COBERTURA DO ACOLHIMENTO DURANTE O FUNCIONAMENTO DA UBS

A conformação das escalas de serviços dos enfermeiros de acolhimento, assim como dos demais trabalhadores deve respeitar os preceitos da administração pública que prezam pela continuidade dos serviços públicos e pelo interesse da coisa pública, ante o interesse das pessoas.

Em unidades que funcionam de 7 às 17 horas, tem se tornado habitual a proliferação de escalas com 9 horas de trabalho diárias, ou pedidos de ampliação do horário de funcionamento para as 18 horas, a fim de se aplacar o interesse individual das pessoas que desejam trabalhar apenas 4 dias na semana. Acontece que atualmente, das 175 UBS do DF, 49,7% são unidades de até 3 equipes, com funcionamento de 50 horas semanais, das quais, 51 delas possuem apenas 1 eSF. Dessa forma, quando são toleradas pela gerência, escalas superiores à 8 horas diárias de trabalho, perde a população que fica com menos turnos de disponibilidade do profissional na unidade.

Assim, considerando a relevância do acolhimento e a magnitude dos impactos provocados com a sua efetiva implementação nas UBS do DF, é extremamente importante que a gerência da unidade assegure o máximo de disponibilidade do profissional durante o período de funcionamento da unidade, sobretudo nos horários mais estratégicos para a resposta às demandas não programadas. Abaixo, modelo de escala, que pode ser adotado para melhor aproveitamento do enfermeiro na unidade, considerando o aspecto ininterrupto do acolhimento.

ESCALA SUGERIDA PARA ENFERMEIROS DO ACOLHIMENTO EM UNIDADES COM FUNCIONAMENTO DE 50h					
DIA DA SEMANA	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
MANHÃ	SM4*	SM4*	SM4*	SM4*	SM4*
	7 - 11h	7 - 11h	7 - 11h	7 - 11h	7 - 11h
INTERVALO DE ALMOÇO (1h)	Rodízio entre as equipes para acolher as demandas no intervalo de almoço do enfermeiro do acolhimento.				
TARDE	ST4**	ST4**	ST4**	ST4**	ST4**
	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h
ÚLTIMA HORA DE FUNCIONAMENTO DA UBS (1h)	Rodízio entre as equipes para acolher as demandas na última hora de funcionamento da UBS.				

Nas unidades que funcionam de 65 a 75 horas, a previsão é de que haja 80h de profissional enfermeiro exclusivo para o acolhimento. Deste modo, se na ausência de afastamentos legais, a gerência não consegue perfazer o total de horas em que o acolhimento deve funcionar, acaba por dar uma demonstração prática de que possui dificuldades de gerir recursos humanos por não conseguir compatibilizar os interesses da organização com os interesses individuais, tendo este prevalecido sobre aquele. Com essa disponibilidade de carga horária, não é necessário, por exemplo, rodízio de equipes para cobrir o almoço e/ou o último horário de funcionamento como na situação anterior. Abaixo, modelo de distribuição da carga horária de modo a perfazer o funcionamento por 65 horas/semanais.

ESCALA PARA ENFERMEIROS DO ACOLHIMENTO DE UNIDADES COM FUNCIONAMENTO DE 65h						
DIA DA SEMANA	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	Sábado
MANHÃ	SM6	SM6	SM6	SM6	SM6	SM5
	7 - 13h	7 - 13h	7 - 13h	7 - 13h	7 - 13h	7 - 12h
TARDE	ST6	ST6	ST6	ST6	ST6	--
	13 - 19h	13 - 19h	13 - 19h	13 - 19h	13 - 19h	--

Abaixo, o modelo sugerido para a escala dos enfermeiros de acolhimento nas unidades que funcionam de 07 as 22 horas de segunda a sexta, perfazendo um total de 75 horas semanais de funcionamento.

ESCALA PARA ENFERMEIROS DO ACOLHIMENTO DE UNIDADES COM FUNCIONAMENTO DE 75h					
DIA DA SEMANA	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a
MANHÃ	SM5	SM5	SM5	SM5	SM5
	7 - 12h	7 - 12h	7 - 12h	7 - 12h	7 - 12h
TARDE	ST4**	ST4**	ST4**	ST4**	ST4**
	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h	12 - 16h
NOITE	SN6	SN6	SN6	SN6	SN6
	16 - 22h	16 - 22h	16 - 22h	16 - 22h	16 - 22h

Orientações para gerentes e supervisores administrativos das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal

Abaixo, algumas orientações sobre como conduzir o processo de implementação ou de transição para o acolhimento ampliado nas UBS do Distrito Federal. Caso você se sinta desencorajado pelo desafio ou sinta dificuldades, peça apoio à sua DIRAPS e à GENF e à GEAQAPS.

- Leia este documento inteiro e tire dúvidas com a sua diretoria, se necessário;
- Marque uma reunião colegiada com o máximo de trabalhadores e colaboradores da unidade; Informe aos profissionais o que é o acolhimento ampliado e quando ele passará a vigorar;
- Faça uma votação com os presentes para escolher qual vai ser a modalidade de retaguarda do acolhimento;
- Os participantes poderão escolher entre as duas modalidades de acolhimento apresentadas no item 1.0;
- Elabore um contrato informal entre as equipes para dividir responsabilidades de cada um com o acolhimento, o atendimento, os procedimentos, os pacientes das demais equipes e os pacientes fora de área;
- Mantenha o contrato, zele pelo contrato, dando o máximo de condições às equipes para atuarem conforme o pactuado entre equipes e trabalhadores;
- Só quebre o contrato mediante uma nova apreciação pelo colegiado com participação dos trabalhadores. A quebra contratual por uma das partes sem comum acordo, representa quebra de confiança e pode diminuir o seu capital diante do grupo;
- O contrato deve prever quais sacrifícios serão feitos para cobrir o acolhimento quando o enfermeiro do acolhimento estiver afastado, qual será o plano de contingência;
- Observe se as equipes de sua UBS estão credenciadas, pois sob nenhuma hipótese será admitido o descredenciamento de equipes, uma vez que isso impacta diretamente na transferência de recursos federais.
- Em alguns casos, para cobrir todo o horário de funcionamento da unidade são necessários alguns sacrifícios como quando há necessidade de ajustes de escalas para cumprir o que é pactuado entre as equipes;
- Transite pela unidade, converse com usuários, colaboradores. Circule na unidade e se faça presente durante o curso do processo pactuado;
- Divulgue nos principais canais de comunicação com a comunidade, como será e a partir de quando será o novo acolhimento da unidade;
- Aproveite o espaço colegiado para trazer denúncias, ouvidorias e relatórios e coloque a situação para os profissionais envolvendo-os como parte da solução para os problemas, permitindo que eles tenham poder decisório, sempre respeitando os preceitos do SUS e as diretrizes da APS;
- Monitore e avalie o trabalho do acolhimento e divulgue em todos os encontros colegiados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

BRASÍLIA. Secretaria de Estado da Saúde do DF. Portaria SES-DF Nº 1274 de 22 de Novembro de 2018 . Protocolo do Acesso na Atenção Primária à Saúde do DF.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado da Saúde do DF. Portaria SES-DF Nº 218 de 16 de Outubro de 2012.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado da Saúde do DF. Portaria Nº 77, de 14 de Fevereiro de 2017.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado da Saúde do DF. Nota Técnica Nº 2/2020 - SES/SAIS/COAPS/DESF.

APÊNDICE I - ESPECIFICIDADES DE CADA MODALIDADE DE RETAGUARDA ASSISTENCIAL AO ACOLHIMENTO AMPLIADO NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO DISTRITO FEDERAL

ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO USUÁRIO	ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO POR EQUIPE ESCALADA NO TURNO/DIA
<ol style="list-style-type: none"> 1. As equipes deverão reservar vagas de atendimento à demanda espontânea por enfermeiros e médicos diariamente; 2. No início do turno, cada equipe deverá informar à gerência ou à supervisão, o quantitativo de vagas para demanda espontânea no período; 3. Após o acolhimento e a classificação de risco e vulnerabilidade, o enfermeiro do acolhimento deverá identificar a eSF de referência do usuário e encaminhá-lo para atendimento quando possível. No caso da equipe de referência do usuário estar proporcionalmente com volume de atendimento muito discrepante em relação às demais, o paciente pode ser atendido por outra equipe que não a sua ou pelo próprio enfermeiro acolhedor; 4. Nos dias de reunião de equipe e de atendimento em domicílio, as equipes remanescentes deverão atender os pacientes de demanda espontânea sem equipe no dia; 5. Os pacientes fora de área deverão ser distribuídos revezadamente entre as equipes e profissionais disponíveis no período. Esse revezamento pode ser diário ou pode ser contínuo, utilizando-se a ordem alfabética do nome das equipes, por exemplo; 6. Quando o enfermeiro do acolhimento está em afastamento, os enfermeiros das equipes deverão se revezar no acolhimento para cobrir todo o horário de funcionamento da UBS; 7. Gestantes em demanda espontânea deverão ser atendidas, preferencialmente, pela sua equipe; 8. Pacientes com consulta agendada que chegarem com quadro agudizado para a consulta de rotina deverão ser priorizados (a depender da classificação de risco e vulnerabilidade) na lista de atendimentos pela própria equipe de referência que já o atenderia se não houvesse demanda espontânea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. A equipe escalada para atendimento do turno/dia, deverá destacar todos os seus profissionais para atendimento à demanda espontânea; 2. As demais equipes deverão seguir a rotina de atendimento prevista para a ESF, sem preocupação com a demanda espontânea; 3. O enfermeiro do acolhimento terá somente uma equipe do turno/dia para encaminhar os pacientes que necessitam de atendimento (médico/enfermeiro) ou procedimentos não agendados (medicação prescrita no atendimento, curativos e procedimentos de demanda espontânea que chegarem no seu turno de atendimento como uma das equipes de retaguarda, de pacientes atendidos pela sua equipe); 4. As equipes deverão ter dias e turnos fixos para serem escaladas no atendimento do dia. Havendo falta do profissional médico na equipe do turno/dia, os pacientes verdes poderão ser atendidos pelo enfermeiro da equipe do turno/dia ou ser orientados a retornarem no turno seguinte, e os amarelos e vermelhos deverão ser distribuídos entre os médicos presentes na unidade. Havendo falta do enfermeiro da equipe do turno/dia os pacientes verdes poderão ser atendidos pelo médico da equipe do turno/dia ou ser orientados a retornarem no turno seguinte. 5. A equipe do dia deverá atender a demanda espontânea oriunda de todas as eSF, das equipes em reunião ou em atendimento domiciliar e os pacientes fora de área, conforme classificação de risco e vulnerabilidade; 6. Quando o enfermeiro do acolhimento está em afastamento, o enfermeiro da equipe do turno/dia automaticamente assume o acolhimento geral da unidade; 7. Gestantes em demanda espontânea deverão preferencialmente ser atendidas pela sua equipe; 8. Pacientes com consulta agendada que chegarem com quadro agudizado para a consulta de rotina deverão ser priorizados (a depender da classificação de risco e vulnerabilidade) na lista de atendidos pela própria equipe de referência que já o atenderia se não houvesse demanda espontânea.

APÊNDICE II - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ESF DE ACORDO COM A MODELAGEM DE RETAGUARDA ASSISTENCIAL AO ACOLHIMENTO

PROFISSIONAIS	ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO PELA EQUIPE DE REFERÊNCIA DO USUÁRIO	ACOLHIMENTO AMPLIADO COM ATENDIMENTO POR EQUIPE ESCALADA NO TURNO/DIA

ACS OU OUTROS PROFISSIONAIS	<p>Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera de acordo com a queixa ou demanda;</p> <p>Exercitar a prática de acolher e de realizar escuta ativa, em toda a experiência de contato com os usuários;</p> <p>Considerar toda espera na unidade, todo processo desde a chegada do usuário até a sua saída como uma oportunidade de fazer/atualizar o cadastro, de disseminar a modelagem de organização do serviço, de identificar necessidades e pendências de saúde e de estreitar vínculos.</p>	<p>Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera de acordo com a queixa ou demanda.</p> <p>Exercitar a prática de acolher e de realizar escuta ativa, em toda a experiência de contato com os usuários.</p> <p>Considerar toda espera na unidade, todo processo desde a chegada do usuário até a sua saída como uma oportunidade de fazer/atualizar o cadastro, de disseminar a modelagem de organização do serviço, de identificar necessidades e pendências de saúde e de estreitar vínculos.</p>
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<p>Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera.</p> <p>Agir em interlocução com o enfermeiro do acolhimento para assegurar que nenhum paciente se perca no fluxo da unidade.</p> <p>Cadastrar ou atualizar o cadastro dos pacientes que estão aguardando consulta agendada ou atendimento após serem encaminhados pelo acolhimento.</p> <p>Marcar consultas de pacientes azuis e realizar procedimento.</p> <p>Participar da triagem do paciente em suporte ao enfermeiro na verificação de sinais vitais em pacientes da demanda espontânea.</p> <p>Realizar curativos e procedimentos de demanda espontânea que chegarem no seu turno de atendimento como uma das equipes de retaguarda, de pacientes atendidos pela sua equipe.</p>	<p>Participar da recepção (acolhimento) de pacientes que chegam à unidade, direcionando seus lugares de espera.</p> <p>Atuar na retaguarda do acolhimento no direcionamento para marcação de consulta em suas respectivas equipes os pacientes classificados como azuis.</p> <p>Cadastrar ou atualizar o cadastro dos pacientes que estão aguardando passagem pelo acolhimento, nos momentos em que houver retenção de fila, quer seja por uma escuta mais demorada ou por necessidade de atendimento pelo enfermeiro do acolhimento.</p> <p>Participar da triagem do paciente em suporte ao enfermeiro na verificação de sinais vitais em pacientes da demanda espontânea.</p> <p>Realizar curativos e procedimentos de demanda espontânea que chegarem no seu turno de atendimento como equipe do dia/turno, não importando a origem do paciente.</p>
ENFERMEIRO DE EQUIPE	<p>Reservar a quantidade de vagas necessárias para a demanda espontânea de cada período. É vedado ao profissional recusar atender demanda espontânea por estar com a agenda lotada.</p> <p>Substituir, em rodízio com os demais enfermeiros das outras equipes, o enfermeiro do acolhimento nos casos de afastamento deste.</p>	<p>Bloquear toda a sua agenda para o período em que está escalado para ser equipe do dia/turno.</p> <p>Substituir, nos dias em que estiver escalado para a demanda espontânea, o enfermeiro do acolhimento nos casos de afastamento deste.</p>
MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	<p>Reservar a quantidade de vagas necessárias para a demanda espontânea de cada período. É vedado ao profissional recusar atender demanda espontânea por estar com a agenda lotada.</p>	<p>Bloquear toda a sua agenda para o período em que está escalado para ser equipe do dia/turno.</p>

ENFERMEIRO DO ACOLHIMENTO	<p>Acolher, realizar escuta qualificada, classificar o risco e identificar a equipe de referência de todo e qualquer paciente que chegar à unidade.</p> <p>Administrar as vagas de demanda espontânea com a finalidade de adequar a oferta e a demanda, levando em consideração a classificação de risco e vulnerabilidades do usuário.</p> <p>Realizar o atendimento de demanda espontânea após acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade com base nos protocolos clínicos aprovados sempre que possível para racionalizar e otimizar o uso das vagas disponibilizadas pelas equipes.</p>	<p>Acolher, realizar escuta qualificada, classificar o risco e identificar a equipe de referência de todo e qualquer paciente que chegar à unidade.</p> <p>Administrar as vagas de demanda espontânea com a finalidade de adequar a oferta e a demanda, levando em consideração a classificação de risco e vulnerabilidades do usuário.</p> <p>Realizar os atendimentos de demanda espontânea após acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade sempre que for oportuno resolver o problema do usuário sem fazê-lo passar por um período prolongado de espera na unidade ou com base nos protocolos clínicos aprovados sempre que possível para quando for uma oportunidade de racionalizar e otimizar o uso das vagas disponibilizadas pelas equipes.</p>

APÊNDICE III - MATRIZ DE GOVERNANÇA COM DISTRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

ÓRGÃO/SETOR	RESPONSABILIDADES
COAPS	<p>Elaborar e revisar a política de acolhimento ampliado na APS do DF;</p> <p>Intermediar junto à SUGEP o provimento de enfermeiros de acolhimento para as UBS conforme os parâmetros estabelecidos neste documento;</p> <p>Elaborar e coordenar programa de treinamento para enfermeiros da APS.</p>
DIENF	<p>Apoiar e fortalecer programa de treinamento para enfermeiros da APS;</p> <p>Revisar a nota técnica de acolhimento ampliado na APS do DF.</p>
DIRAPS	<p>Apoiar as unidades de saúde na implementação da modelagem de acolhimento ampliado;</p> <p>Cobrar das gerências e supervisões o cumprimento dos prazos e a execução das estratégias aqui descritas para a implantação do acolhimento ampliado nas UBS;</p> <p>Auxiliar a COAPS na identificação das necessidades de lotação e fixação de profissionais;</p> <p>Apoiar a superintendência na redistribuição dos profissionais da APS da região, nas UBS, de acordo com a necessidade de melhorar a assistência ofertada, respeitando os parâmetros estabelecidos neste documento;</p> <p>Revisar a política de acolhimento ampliado na APS do DF.</p>
GENF	<p>Dar suporte à unidade na montagem das escalas e dos rodízios para atendimento à demanda espontânea, aos pacientes fora de área e aos usuários de equipe em reunião ou atendimento domiciliar ou dar suporte à unidade para implementar o revezamento das equipes por turno.</p>
GEAQAPS	<p>Monitorar por meio de registros de ouvidoria e de dados produzidos no e-SUS os impactos provocados pela implementação da modalidade de acolhimento nas unidades;</p> <p>Visitar as UBS com a finalidade de verificar a implementação da modalidade de acolhimento, conversar com gestores, profissionais e usuários a fim de identificar pontos fortes e vulnerabilidades do processo que venham dificultar ou impossibilitar o acesso;</p> <p>Dar suporte às unidades que queiram modificar a modalidade de retaguarda ao acolhimento ampliado, após experiência mal sucedida com alguma das modalidades escolhidas para o local.</p>
EQUIPE DE GESTÃO DE CASOS	<p>Apoiar regionalmente a transferência de cuidado de pacientes que demandem acesso ao Serviço Hospitalar de Emergência.</p>

GSAP	<p>Incentivar a participação ativa de profissionais e colaboradores da unidade na escolha da modalidade de retaguarda das equipes ao acolhimento;</p> <p>Coordenar o processo de escolha da modalidade de retaguarda assistencial das equipes ao acolhimento;</p> <p>Celebrar entre os profissionais participantes um contrato informal de trabalho que dê solidez aos arranjos organizativos entre as equipes para dar retaguarda ao acolhimento;</p> <p>Cobrar das equipes o número de vagas para demanda espontânea no início de cada turno e assegurar que esse número seja compatível com a relação entre oferta e demanda;</p> <p>Garantir que ao conceder férias, abonos, folgas e licenças, a concessão irá ser equitativa e proporcional de modo que o contrato de retaguarda assistencial celebrado entre as equipes seja mantido, com o mínimo de sobrecargo possível aos trabalhadores não afastados;</p> <p>Elaborar análise de perfil da demanda espontânea para trabalhar junto às equipes estratégias de otimização do acesso, redução do tempo de espera e maximização da experiência do usuário a partir de dados do e-SUS;</p> <p>Monitorar as vagas reservadas para a demanda espontânea no e-SUS;</p> <p>Garantir a retaguarda médica necessária nas condutas fora do escopo regimental dos profissionais de enfermagem.</p>
SUPERVISOR	<p>Circular na unidade, identificar se os pacientes já foram acolhidos ou estão aguardando no lugar certo para serem acolhidos;</p> <p>Executar as regras de contingência quando na falta do enfermeiro do acolhimento, de algum médico nas equipes ou na ausência de algum dos profissionais médico ou enfermeiro da equipe do dia.</p>
RESPONSÁVEL PELA EQUIPE	<p>Comunicar à gerência o número de vagas para atendimentos por enfermeiro e por médico no dia; Comunicar à supervisão eventuais dificuldades da equipe em honrar com a pactuação;</p> <p>Assegurar a mobilização de toda a sua equipe no cumprimento do contratado entre as equipes para a retaguarda assistencial ao acolhimento.</p>

APÊNDICE IV - MATRIZ CONSOLIDADA DE UBS POR NÚMERO DE ESF NO DF

**5

Região de Saúde	1 eSF	2 eSF	3 eSF	4 eSF	5 eSF	6 eSF	7 eSF	8 eSF	9 eSF	10 eSF	11 eSF	0 eSF / EAPP	Total UBS
Central	1	0	1	1	4	1	1	0	0	0	0	0	9
Centro Sul	3	3	3	1	2	1	4	0	1	0	0	2	20
Leste	13	6	0	2	0	1	0	0	1	2	0	6	31
Norte	21	1	4	3	1	1	1	3	0	1	0	0	36
Oeste	8	3	0	4	6	6	0	0	0	0	0	0	27
Sudoeste	2	5	3	4	2	4	7	3	2	0	0	0	32
Sul	3	5	2	0	4	2	0	1	0	0	1	2	20
Total	51	23	13	15	19	16	13	7	4	3	1	10	175

Fonte: Planos Regionais de Expansão da APS, julho/22 e Matriz COAPS 04/22.

Atenciosamente,

José Eudes Barroso Vieira

Diretoria da Estratégia Saúde da Família SAIS/COAPS/DESF/SES

Diretor

Fernando Erick Damasceno Moreira

Coordenação de Atenção Primária à Saúde SAIS/COAPS/SES

Coordenador

Maurício Gomes Fiorenza

Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde SAIS/SES

Subsecretário

Luciano Moresco Agrizzi

Secretaria Adjunta de Assistência à Saúde SAA/SES

Secretário Adjunto

Lucilene Maria Flôrencio de Queiroz

Secretaria de Saúde SES

Secretária