

# Unidade 4

Programação das ações da Equipe de  
Saúde da Família

## Unidade 4

# Programação das ações da Equipe de Saúde da Família

A forma como uma equipe de saúde da família organiza sua agenda de trabalho pode refletir várias situações, como os interesses e prioridades da equipe/profissionais, as demandas dos usuários/comunidade e dos gestores, diferentes concepções de modelo de atenção, diferentes formas de entendimento e de organização do processo de trabalho e, certamente, o estágio de organização da equipe enquanto um coletivo de trabalho.

Este texto objetiva apontar algumas questões que podem servir de base para a organização da agenda da equipe.

1. Aspectos gerais da organização da agenda da equipe
2. Programação das ações voltadas para grupos e situações de risco

Ao final propomos a realização de um exercício de programação das ações voltadas para alguns grupos ou situações de risco: pré-natal, atenção à criança menor de cinco anos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, rastreamento do câncer de mama e de colo uterino.

## Seção 1

### Aspectos gerais da organização da agenda da equipe

Nessa Seção 1 vamos apresentar alguns aspectos relacionados com a organização da agenda da equipe a partir de algumas questões.

Como a organização da agenda pode interferir na qualidade, na integralidade e na equidade do cuidado prestado pela equipe? Vejamos as possibilidades, considerando que a agenda pode ser organizada com foco na demanda espontânea, na demanda programada, ou em ambas, demanda espontânea/demanda programada.

#### 1.1 Agenda que tem como foco principal o atendimento de demanda espontânea

Tomando como exemplo a atenção à população portadora de diabetes, é fácil compreender que se a equipe organiza a sua agenda de trabalho tendo como foco apenas o atendimento das pessoas que espontaneamente procuram o serviço, dificilmente vamos enfrentar esse importante problema de saúde pública, satisfatoriamente, cumprindo os atributos de **qualidade do serviço**.

São os seguintes atributos da qualidade do cuidado que podem ficar comprometidos na agenda apenas com o foco na demanda espontânea:

**Integralidade:** O atendimento de demanda espontânea é a forma como lidar, de uma forma reativa, com as situações agudas. Não existem, nessa forma de atuação, muitas oportunidades de trabalhar pró-ativamente aspectos preventivos e de promoção da saúde. A nossa intervenção se restringe quase que exclusivamente aos aspectos clínicos e de forma individualizada. O foco na demanda espontânea dificulta uma abordagem do problema de forma coletiva, de forma a construir uma consciência sobre o diabetes, suas causas, consequências e formas de enfrentamento pela comunidade.

**Equidade:** Como lidamos apenas com as pessoas que procuram o serviço é difícil construir um diagnóstico sobre o conjunto dos portadores de diabetes de uma comunidade e menos ainda sobre subgrupos de risco para planejar intervenções diferenciadas da equipe segundo a classificação de risco de cada usuário.

**Oportunidade:** Esse atributo da qualidade do cuidado depende de conseguirmos fazer intervenções de forma oportuna, antecipando, sempre que possível, às complicações possíveis em cada situação. Um bom exemplo é o subdiagnóstico que temos em relação ao diabetes. Como atuamos reativamente é possível que o usuário somente busque a unidade de saúde quando já apresenta manifestações de alguma complicação da doença.

**Eficiência:** a qualidade do cuidado também é avaliada pela forma como utilizamos os recursos disponíveis. Quando focamos nossa atuação no atendimento da demanda espontânea existe sempre a possibilidade de estarmos oferecendo mais atenção do que o necessário a algumas pessoas e menos que o necessário a outras pessoas. Outro aspecto a considerar é que a evolução insatisfatória do diabetes com suas complicações exige a utilização de recursos propedêuticos e terapêuticos mais sofisticados e caros, como, por exemplo, a hemodiálise e o transplante renal.

**Eficácia:** o resultado final do nosso trabalho, como, por exemplo, a redução de complicações e lesões de órgãos alvo, da taxa de mortalidade e de internação relacionada ao diabetes, depende de um bom diagnóstico da situação e de intervenções planejadas e oportunas em função da complexidade do problema. Quando a equipe age de forma reativa as intervenções podem ter menor chance de sucesso.

**Acessibilidade:** Oferecer atenção apenas a partir da demanda espontânea dificulta o acesso de algumas pessoas, pois terão que “disputar” o atendimento com muitos usuários, mesmo quando temos um bom acolhimento.

## 1.2 Agenda que tem como foco principal o atendimento da demanda programada

A situação inversa pode também ser um problema: organizar a agenda apenas com demandas programadas (ou ocupando parte muito significativa do tempo da equipe). Nesse caso pessoas com problemas agudos podem ter dificuldades de conseguir atenção oportuna para seus problemas. Isso pode ter como consequência, por exemplo, o agravamento do problema, a procura desnecessária dos serviços de urgência, o comprometimento da relação usuário/equipe, entre outras. Atributos da qualidade do cuidado como oportunidade, acessibilidade e eficácia ficam comprometidos.

## 1.3 Agenda com foco o atendimento da demanda espontânea e demanda programada

Outra situação que também pode comprometer a qualidade do cuidado é organizarmos a agenda focando nossa atuação apenas no atendimento da demanda espontânea e na demanda programada.

Nesse caso, outras ações fundamentais para a qualidade e integralidade do cuidado **ficam num segundo plano** ou, muitas vezes, simplesmente não acontecem. É o caso, por exemplo, das **ações relacionadas com o planejamento e programação** das ações, a **elaboração e implementação de protocolos** de cuidados, a **educação permanente da equipe**, a **discussão de casos e situações complexas**, a **divisão do trabalho e das responsabilidades** de cada membro da equipe, a qualificação da comunicação interna e externa da equipe, as reuniões com a comunidade, as ações de vigilância, as ações intersetoriais, etc.

A falta de tempo na agenda da equipe para a discussão e avaliação do seu processo de trabalho pode influenciar no próprio desenvolvimento da equipe, do sentido de equipe – “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras através de uma missão comum, de objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e com um plano de trabalho bem definido” (PIANCASTELLI; FARIA; SILVEIRA, 2000, p. 46) –, contribuindo para um processo de trabalho com ações fragmentadas, desarticuladas e pouco eficientes e eficazes. Fica difícil imaginar o desenvolvimento de uma equipe sem uma reflexão permanente do seu processo de trabalho e sobre as funções e responsabilidades de cada um. Esse processo deve fazer parte da agenda da equipe.

## Seção 2

# Programação de ações de saúde para grupos e situações de risco

Esta Seção 2 da Unidade “Programação das ações da equipe de saúde da família”, considerando seu objetivo específico, está organizada em dois itens:

- **Etapas da programação de cuidado em saúde** com foco em seis grupos e situações de risco: gestantes; crianças menores de um ano; crianças de 1 a 4 anos; hipertensos; diabéticos; e rastreamento de cânceres de útero e de mama, de cólon e de próstata.
- **Modelo de programação para grupos ou situação de risco: sugestão de planilha.**

### 2.1 Etapas da programação de cuidado à saúde

O processo de programação de cuidado à saúde reúne um conjunto de etapas articuladas: caracterização da população da área adscrita (território) com base na distribuição (estimativa) na população geral; definição de grupos populacionais mais susceptíveis a situações de risco ou vulnerabilidade; definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco (consultas, visitas, vacinação, exames, outras); definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco; quantificação das ações e elaboração de cronograma para cobertura de 100% para o grupo ou situação de risco objeto da programação; organização da agenda de trabalho da equipe; definição do processo de monitoramento das ações e das atividades planejadas e programadas.

#### 2.1.1 Caracterização da população da área adscrita (território) com base na distribuição percentual na população geral (estimativa).

Atualizada periodicamente, pelo Censo Demográfico, a distribuição da população brasileira, por sexo e grupo de idade e a Taxa Bruta de Natalidade por mil habitantes (TNB) são referências básicas para caracterizar a população de determinada área, região, território (Quadro 1).

Quadro 8 - Distribuição percentual da população brasileira por idade e sexo, Brasil, 2010.

GRUPO DE IDADE	SEXO %		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
Menor que 1 ano	0,75	0,73	1,48
1 a 4 anos	2,93	2,83	5,76
5 a 9 anos	4,00	3,85	7,85
10 a 14 anos	4,58	4,43	9,01
15 a 19 anos	4,49	4,42	8,91
20 a 24 anos	4,53	4,52	9,05
25 a 30 anos	4,44	4,53	8,97
30 a 39 anos	7,60	7,94	15,54
40 a 49 anos	6,30	6,72	13,02
50 a 59 anos	4,58	5,07	9,65
60 a 69 anos	2,76	3,18	5,94
70 a 79 anos	1,44	1,85	3,29
80 a 89 anos	0,59	0,94	1,53
<b>Total</b>	<b>48,99</b>	<b>51,01</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 2010.

### 2.1.2 Definição, na população da área adscrita (território), da população alvo de ações dirigidas a determinado grupo ou situação de risco

Na sequência, aplica-se a distribuição percentual estimada para a população geral do território, resultando, portanto, na estimativa de grupos populacionais objeto da programação de cuidado. No exemplo do Quadro 2, considerou-se a população de uma área adscrita (2.500 pessoas), referência de uma equipe de Saúde da Família (Quadro 2).

Outro dado importante é a **Taxa Brasileira de Natalidade (TBN)** – número de nascidos vivos, por mil habitantes em determinado espaço geográfico e ano considerado. Conforme o Censo Demográfico de 2010 a TBN para o Brasil era de 15,88 e a projeção para 2015 de 14,16. A TBN permite calcular o número de gestantes existentes no território, de acordo com o seguinte:  $TBN \times população, dividido por 1000 + 5\%$ . Assim, para uma população adscrita de 2500 pessoas o número esperado de gestante seria de  $(14,16 : 1000 \times 2500) + 10\% = 39$ . Esse mesmo cálculo pode ser feito com o número de nascidos vivos no ano anterior, mais 10%. Observe-se que esse número é bem próximo da população até um ano de idade. A meta de cobertura para o grupo gestante deverá ser sempre 100%

**Quadro 9 – Distribuição (estimativa) da população, por idade e sexo, na população de área adscrita a uma equipe de Saúde da Família (2.500 pessoas), com base na distribuição percentual para a população brasileira, no Censo Demográfico de 2010.**

GRUPO DE IDADE	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Menor que 1 ano	19	18	37
1 a 4 anos	73	71	144
5 a 9 anos	100	96	196
10 a 14 anos	115	111	225
15 a 19 anos	112	111	223
20 a 24 anos	113	113	226
25 a 30 anos	111	113	224
30 a 39 anos	190	199	389
40 a 49 anos	158	168	326
50 a 59 anos	115	127	241
60 a 69 anos	69	80	149
70 a 79 anos	36	46	82
80 a 89 anos	15	24	38
<b>Subtotal</b>	<b>1225</b>	<b>1275</b>	<b>2500</b>

Fonte: Autores

### 2.1.3 Definição de grupos populacionais mais susceptíveis a situações de risco ou vulnerabilidade

Esta é a etapa de definição, por estimativa, do quantitativo da população do território por situação de risco ou vulnerabilidade, para uma atenção programada. Esses grupos populacionais susceptíveis deverão ser submetidos a ações de promoção, prevenção (primárias, secundárias e terciárias), rastreamento e diagnóstico precoce e tratamento, que definirão os efetivamente em risco ou acometidos. Para esses indicadores são consultados critérios e parâmetros definidos, nacional e internacionalmente, com base em evidências científicas como as contempladas na Portaria MS n. 1631, de 01 de outubro de 2015), que *aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS'. De acordo com o disposto nessa portaria os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos a serem utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015).*

O conhecimento do percentual estimado de alto risco ou acometimento permite comparar essa estimativa com os dados locais registrados. Seriam grupos de risco ou vulnerabilidade e ações a serem implementadas: puericultura para crianças até um

ano; puericultura para crianças até quatro anos; cuidados e ações para hipertensos e para diabéticos e rastreamento de câncer de cólon, de próstata, de mama e de útero, entre outras ações. Tendo como referenciais estudos, dados e informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e-SUS e do IBGE, o Quadro 3 mostra a estimativa percentual para grupos e situação de risco na população geral.

**Quadro 10 – Estimativa do percentual de população por situação de risco e percentual de pessoas efetivamente acometidas**

Situação de risco / grupo etário (1)	Parâmetros	
	Estimativa na população geral (%)	% da estimativa populacional em risco ou acometida
Gestante (85% de baixo risco e 15% de alto risco)	1,55	100
Criança menor de 1 ano (Brasil) (2)	1,42	100
Criança de 1 ano a 4 anos (Brasil) (3)	5,81	100
<b>Hipertensos</b>		
25 a 39 anos	20,70	9,90
40 a 59 anos	22,60	32,40
60 anos e mais	11,05	52,50
<b>Diabéticos</b>		
25 a 39 anos	20,70	1,40
40 a 59 anos	22,60	5,00
60 anos e mais	11,05	13,40
<b>Rastreamento câncer de colo uterino</b>		
25 a 64 anos (4)	26,00	100
<b>Rastreamento de câncer de cólon</b>		
50 anos e mais (4)	20,60	100
<b>Rastreamento de câncer de próstata</b>		
homens, 50 anos e mais (4)	9,50	100
<b>Rastreamento de câncer de mama</b>		
mulheres, 50 a 69 anos (4)	8,30	100

1) A Portaria MS 1631/2015 que “Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS”, define ‘gestante’ como uma das situações a ser objeto de programação de ações de saúde. O Método de Cálculo: número de nascidos vivos (NV) no ano anterior + 10% ou TBN (para 2015: 14,16) x população: 1000 +10%. A meta de cobertura para esse Grupo (% a ser coberto) é de 100%. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/page/453/portaria-gm-ms-n-ordm-1-631-2015>.

(2) Brasil: 1,42; Norte: 2,86; Nordeste: 1,54; Sudeste: 1,28; Sul: 1,14; Centro-Oeste: 1,50 (BRASIL, 2010)

(3) Brasil: 5,81; Norte: 7,88; Nordeste: 6,42; Sudeste: 5,17; Sul: 5,14; Centro-Oeste: 6,06 (BRASIL, 2010)

(4) Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito de base populacional sobre fatores de risco de agravos e doenças não transmissíveis. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/completa.pdf>

Fonte: Autores

Observação: limites superiores de idade in clusivos

#### 2.1.4 Definição de ações considerando a especificidade de cada grupo ou situação de risco (consultas, visitas, vacinação, exames, outras)

Nesta etapa a equipe define as ações e respectivos protocolos de referência para cada grupo ou situação de risco. Nesse processo devem ser considerados os diferentes protocolos referentes à situação ou grupo de risco em foco:

- Do Ministério da Saúde (Portaria MS n. 1631 de 2015, por exemplo).
- Da Secretaria de Estado da Saúde.
- Da Secretaria Municipal de Saúde.
- Outros protocolos já construídos pela própria equipe que sejam pertinentes.

É imprescindível discutir e acordar com o gestor municipal a viabilidade de cada protocolo proposto.

##### Planilha de programação: critérios e parâmetros para o planejamento e ações de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

Para os cálculos e projeções automáticas pode ser usada a planilha de programação para grupos de risco, disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>>

#### 2.1.5 Quantificação das ações e elaboração de cronograma para cobertura de 100% para o grupo ou situação de risco objeto da programação

É necessário proceder à quantificação e à elaboração do cronograma de execução (em meses ou semanas) considerando as ações e protocolos (se for o caso).

Para exemplificar: em relação à atenção a gestantes, estima-se seu número em 46 (42 nascidos vivos no ano anterior + 5%). Dessas, 85% (39) de risco habitual e 15% (7) de alto risco. O protocolo de pré-natal orienta 3 consultas médicas para a gestante de risco habitual (39 X 3 = 117 e 3 consultas para a de alto risco (7 X 3 = 21).

#### 2.1.6. Organização da agenda de trabalho da equipe

Considerando as ações, protocolos cronograma definidos para cada grupo ou situação de risco nesta quinta etapa é organizado o cronograma de ações de responsabilidade de cada um dos membros de cada equipe. Considerando o exemplo da atenção à gestante, a programação do Serviço de Saúde deve definir 138 consultas médicas/ano tanto para risco habitual como para alto risco, por ano. Considerando 42 semanas de trabalho/ano, o cálculo é de que cada Unidade de Atendimento deve programar 3 a 4 consultas médicas/semanais para pré-natal de alto e risco habitual. Complementando a programação devem-se definir as consultas de enfermagem, com odontólogo, com agente comunitário de saúde e com o especialista, se necessário.

### 2.1.7. Definição do processo de monitoramento das ações e das atividades planejadas e programadas.

Na definição do processo de monitoramento da programação devem ser definidos e criados gráficos de monitoramento para as atividades de cada profissional da equipe. Um processo de acompanhamento pode ser visto no modelo de programação, a seguir mostrado.

## 2.2 – Modelo de programação para grupos ou situação de risco: sugestão de planilha

Nesse item é apresentado um modelo de programação, em arquivo MS Excel, disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>

Você pode utilizar esse modelo considerando duas possibilidades:

1. A população da área adscrita seja outra que não a considerada no Quadro 2 (2.500 pessoas). Nesse caso, altere-se apenas o número de pessoas da área adscrita (aba inferior, dados de entrada), e a planilha fará todos os cálculos dos quadros e figuras, automaticamente; ou
2. Modificar o percentual da distribuição da população adscrita para cada faixa etária e por sexo, ou seja, mudar a pirâmide etária, de acordo com outros parâmetros de referência (por exemplo, dados de cadastro local das populações alvo).

Todas as planilhas de monitoramento de programação são pré-formatadas (na aba inferior selecione alternativa de **nome do grupo de risco**, para ações a serem implantadas, ou **acompanhamento**, para os gráficos de metas e resultados alcançados). Para o acompanhamento é necessário o lançamento mensal dos dados dos atendimentos executados pelos diferentes profissionais da equipe (quantitativos produzidos de cada ação), o que requer registro prospectivo das informações. Para cada grupo de risco pode ser conhecida uma estimativa de pessoas possivelmente acometidas, de acordo com indicadores definidos em estudos, censos ou outras fontes de dados. Esse número estimado pode servir de referência para a programação de ações de saúde para cada grupo de risco, de acordo com indicadores do Quadro 3.

As estimativas devem ser comparadas ao número real dos registros em cadastros feitos pela equipe e permitir análise da cobertura da atenção. Para acesso na planilha apresentada acionar a barra inferior e marcar o item desejado: dados de entrada, gestante, criança, hipertenso, diabético, estimativa de atendimento, acompanhamento gestante, acompanhamento criança, acompanhamento hipertenso, acompanhamento diabético.

**Dados de entrada:** a planilha visualiza a distribuição de população de 2.500 pessoas, por faixa etária e sexo, adscrita a uma equipe de saúde da família (Quadro 2). Modificando-se o total (2.500), nova distribuição é mostrada para o novo total registrado.

Os mesmos **dados de entrada** mostram estimativas percentuais na população alvo para alguns grupos de risco: gestante de risco habitual, gestante de alto risco, criança até 1 ano, criança de 1 até 5 anos, hipertensos de 25 até 40 anos, hipertensos de 40 até 60 anos, hipertensos de 60 anos ou mais, diabetes de 25 até 40 anos, diabetes de 40 até 60 anos e diabetes de 60 anos e mais.

Como exemplos, é mostrada a programação de atenção à saúde de gestantes (Quadro 11), de crianças até os cinco anos (Quadro 12), de hipertensos (Quadro 13) e de diabéticos (Quadro 14).

**Quadro 11 - Programação de atenção à saúde de gestantes para uma equipe de saúde da família com 2.500 pessoas adscritas.**

Total de gestantes: 46		Risco habitual: 39		Alto risco: 7		Total Geral
Procedimento		Quantidade	Total	Quantidade	Total	
Consultas por ano	Odontológica	1	39	1	7	46
	Médico generalista	3	118	3	21	139
	Médico ginecologista	0	0	7	49	49
	Enfermeiro	4	157	0	0	157
Acompanhamento	Aux. de enfermagem	3	118	3	21	139

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

**Quadro 12 - Programação para atenção à saúde de crianças até 5 anos, para uma equipe de Saúde da Família com população adscrita de 2.500 pessoas**

Total de crianças até 4 anos: 181		Menor que 1 ano: 37		1 - 4 anos: 144		Total Geral
Procedimento		Quantidade	Total	Quantidade	Total	
Consultas	Médico Generalista	3	111	2	288	399
	Odontologia	1	37	1	144	181
	Enfermeiro	4	148	2	288	436
Atendimento	Aux. de enfermagem	13	481	5	720	1.201

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

**Quadro 13 - Programação da atenção à saúde de hipertensos, segundo risco, por uma equipe de Saúde da Família com 2.500 pessoas adscritas.**

Total de hipertensos: 386		Baixo Risco (45%): 173		Médio Risco (35%): 135		Alto Risco (20%): 77		Total Geral	
Procedimento		Qtd	Total	Qtd	Total	Qtd	Total	Total	Ajuste*
Consultas	Médico Generalista	1	173	2	270	3	231	675	
	Enfermeiro	1	173	1	135	2	154	463	
Atendimento	Aux. de enfermagem	13	481	5	720			1.201	

\* ajuste necessário pela concomitância de hipertensão e diabetes

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

**Quadro 14 - Programação da atenção à saúde de diabéticos, segundo categoria não insulina dependente e insulina dependente, por uma equipe de saúde da família com 2.500 pessoas adscritas**

Acompanhamento do diabético						
Total de diabéticos: 73		não insulina dependente (80%): 58		insulina dependente (20%): 15		Total Geral
Procedimento		Qtd	Total	Qtd	Total	Total
Consultas	Odontológica	1	58	1	15	73
	Médico generalista	2	117	3	44	161
	Enfermeiro	2	117	3	44	161
Atendimento	Aux. de enfermagem	6	350	12	175	525

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

**Quadro 15 - Síntese de programação de alguns grupos de risco por uma equipe com população adscrita de 2.500 pessoas**

Profissional	Gestantes		Criança		Hipertensão		Diabetes		Total	
	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês
Médico generalista	139	12	399	33	675	56	271	23	1483	124
Cirurgião dentista	46	4	181	15	0	0	73	6	300	25
Enfermeiro	202	17	436	36	463	39	161	13	1261	105
Auxiliar de enfermagem	139	12	1.201	100	1.388	116	525	44	3.253	271

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

A sequência dos Quadros 9 a 12 e as Figuras de 1 a 4 mostram o acompanhamento, mês a mês, das atividades pelos profissionais integrantes da equipe, para gestante (exemplo). Como obtidas para a gestante, podem ser obtidas as curvas anuais, mês a mês ou cumulativamente, para o acompanhamento de outros grupos (criança, hipertenso e diabético) pelos profissionais (médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de enfermagem) de acordo com **meta de atendimentos** e **atendimentos realizados** (esse último dado incluir mês a mês).

#### **PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO.**

Disponível em:

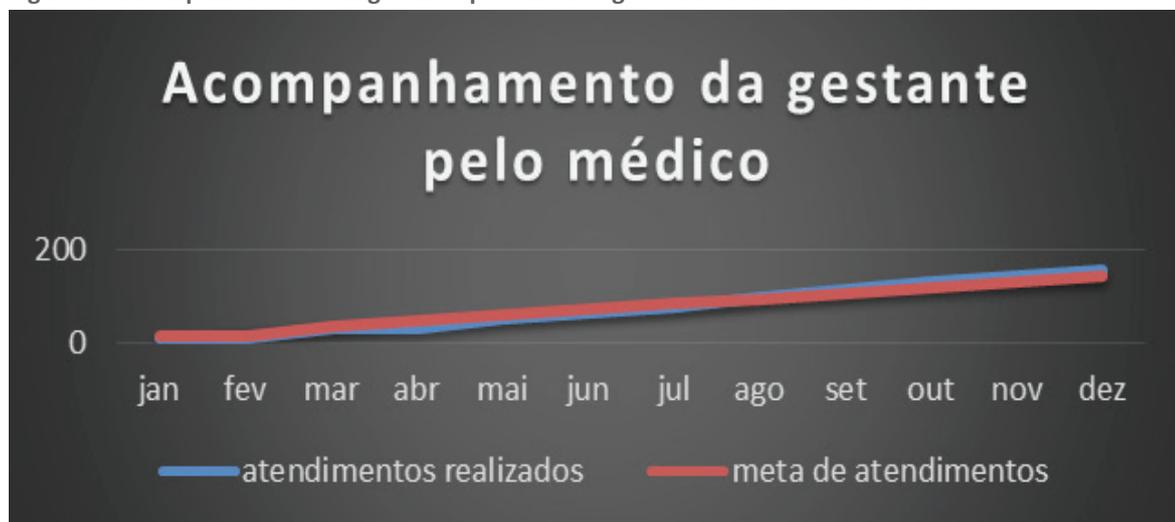
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000007247>>.

**Quadro 16 - Acompanhamento da gestante pelo médico generalista: valores mensais e acumulados**

Acompanhamento da gestante pelo médico												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos (mês)	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Atendimentos realizados (mês)	9	8	16	0	20	12	12	22	16	17	12	12
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos (mês)	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
Atendimentos realizados (acumulado)	9	17	33	33	53	65	77	99	115	132	144	156

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

**Figura 4 – Acompanhamento da gestante pelo médico generalista: valores acumulados**



Quadro 17 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores mensais e acumulados

Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro; valores mensais e acumulados												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Atendimentos realizados	17	20	20	18	23	18	10	18	20	20	21	18
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	17	34	51	68	85	102	119	136	153	170	187	204
Atendimentos realizados	17	37	57	75	98	116	126	144	164	184	205	223

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 5 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores acumulados



Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 18 - Acompanhamento da gestante pelo enfermeiro: valores mensais e acumulados

Acompanhamento gestante pelo cirurgião dentista												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Atendimentos realizados	4	5	5	5	6	6	3	6	6	6	6	6
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
Atendimentos realizados	4	9	14	19	25	31	34	40	46	52	58	64

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 6 - Acompanhamento da gestante pelo cirurgião dentista: valores acumulados



Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Quadro 19 - Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem: valores mensais e acumulados

Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem: valores mensais e acumulados												
Mensal	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Atendimentos realizados	12	10	10	14	15	17	12	12	15	17	16	20
Acumulado	Jan	Fev	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set	Out.	Nov.	Dez.
Meta de atendimentos	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	132	144
Atendimentos realizados	12	22	32	46	61	78	90	102	117	134	150	170

Fonte: Elaborado pelos autores, 2018.

Figura 7 - Acompanhamento da gestante pelo auxiliar de enfermagem (acumulado)

