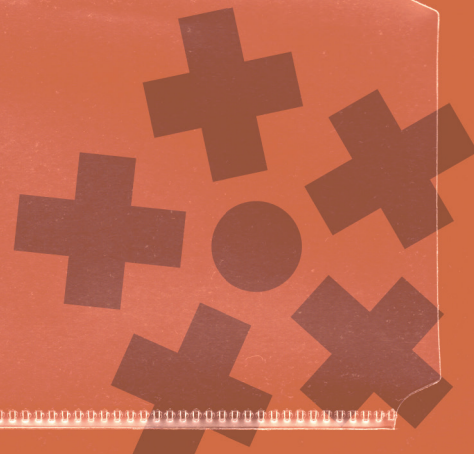


CONASS documenta

Cadernos de
informação técnica
e memória do Conass

36

ESTUDOS SOBRE
A PLANIFICAÇÃO
DA ATENÇÃO À
SAÚDE NO BRASIL
2008 A 2019:
UMA REVISÃO
DE ESCOPO



ESTUDOS SOBRE A
PLANIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO À SAÚDE
NO BRASIL – 2008 A
2019: UMA REVISÃO
DE ESCOPO

36

CONASS documenta

Brasília, 2020 | 1.ª edição



© 2020 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

TIRAGEM: 500 exemplares

CONASS DOCUMENTA n. 36
Brasília, dezembro de 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

L759e Lins, Maria Zélia Soares.
Estudos sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil –
2008 a 2019: uma revisão de escopo / Maria Zélia Soares Lins. –
Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2020.
240 p. : il. ; 19 x 24,5 cm – (Conass Documenta; v. 36)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-04-1

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Saúde pública. I. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Carlos Alberto Chaves de Carvalho
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho		

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Gilberto Figueiredo (MT)

Região Nordeste

André Longo (PE)

Região Norte

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

Região Sudeste

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

Região Sul

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Tolêdo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

AUTORIA

Maria Zélia Soares Lins

REVISÃO TÉCNICA

Maria José de Oliveira Evangelista

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO	
A SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL E A INCOERÊNCIA DO SISTEMA E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE VIGENTE	
O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	
A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	19
CAPÍTULO 2 – O PROCESSO DA REVISÃO DE ESCOPO	43
CAPÍTULO 3 – ACHADOS DA BUSCA	
ARTIGOS CIENTÍFICOS	
DISSERTAÇÕES DE MESTRADO	
TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO	
EXPERIÊNCIAS EXITOSAS	51
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS ALCANÇADOS	
ACHADOS PRINCIPAIS	
POTENCIALIDADES	
LIMITAÇÕES / FRAGILIDADES	
LIÇÕES APRENDIDAS	
DESAFIOS	209
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
REFERÊNCIAS	233

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACIC	<i>Assessment of Chronic Illness Care</i>
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
Bireme	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Ceami	Centro Especializado em Assistência Materno Infantil
Cedeplar	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CIR	Comissão Intergestores Regional
Cisamusep	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Sentettrião Paranaense
Comut	Programa de Comutação Bibliográfica
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cres	Coordenadoria Regional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
EndNote	<i>Software</i> gerenciador de referências bibliográficas
ESP	Escola de Saúde Pública
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JI	Instituto Joanna Briggs

Liacc	Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas
Macc	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pacic	<i>Patient Assessment of Chronic Illness Care</i>
Paps	Planificação da Atenção Primária à Saúde
PAS	Planificação da Atenção à Saúde
PIC	Participantes, fenômeno de Interesse e Contexto
PICO	População, Intervenção, Comparador e <i>Outcomes</i> (desfecho / resultado)
POP	Procedimento Operacional Padrão
Proadi-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Saps	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalhos de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unifor	Universidade de Fortaleza

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma estratégia de gestão, planejamento e organização tanto da Atenção Primária à Saúde (APS), quanto da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Consiste, entre outras atividades estruturantes, a realização de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para trabalhadores e gestores das secretarias de saúde dos estados e municípios, visando à organização dos processos da APS e AAE, em escalas micro e macro-processuais.

A PAS tem como objetivo primário apoiar o corpo técnico e gerencial das secretarias estaduais e municipais de saúde, de forma a contribuir com o desenvolvimento das competências das equipes de atenção à saúde, qualificando o serviço, integrando os profissionais dos diversos níveis de atenção, e contribuindo para o atendimento adequado dos usuários e da comunidade.

Essa edição mapeou as referências publicados nas bases de dados em saúde e na literatura cinza (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e de residência multiprofissional e outros) que possuíam descritores relacionados a Planificação da Atenção à Saúde e que se referissem às atividades executadas pelo Conass, entre 2008 a 2019, em diferentes territórios do país. Utilizou-se da Revisão de Escopo, destinada ao processamento de quantidades e variedades de dados, possibilitando mapeamento, sistematização e caracterização da literatura.

Assim, esse trabalho que passa a compor a série Conass Documenta, produziu material que aglutina contribuição relevante do ponto de vista teórico e prático, a partir da ênfase às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Aos que reconhecem a APS como essencial ao ordenamento das RAS, o trabalho servirá para reiterar crenças, apresentar experiências e incrementar as possibilidades de inovação e aprimoramento. Aos que, ainda, não reconhecem a APS nesse lugar, servirá de estímulo para novas análises e posicionamentos.

Boa leitura.

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Carlos Lula
Presidente do Conass

INTRODUÇÃO

A Planificação da Atenção à Saúde é uma estratégia utilizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (Conass) para apoiar as equipes técnicas e gerenciais estaduais na implementação das Redes de Atenção à Saúde, utilizando o modelo de atenção às condições crônicas de saúde (adaptado por Mendes para o SUS) e o modelo operacional da construção social da Atenção Primária à Saúde, a fim de organizar, qualificar e integrar os processos de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar, tendo esta sido agregada a partir de 2019. Nesse ano, a capilaridade da Planificação da Atenção à Saúde estendeu-se ao país, sendo executada também pelo Hospital Israelita Albert Einstein por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) – que adequou a metodologia utilizada pelo Conass, expandindo-se para 27 regiões de 20 Unidades Federativas do Brasil.

Este livro apresenta o resultado de um estudo de revisão de escopo, que identificou o perfil das publicações sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil, bem como os relatos de experiências desenvolvidos pelos municípios e regiões onde ela está sendo executada e que foram apresentados em eventos da saúde no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019.

Na pesquisa, utilizou-se o método do “*scoping review*” do Instituto Joanna Briggs (JBI), em que se realizou o levantamento dos dados tanto por meio de consultas nas plataformas e bibliotecas virtuais – envolvendo literatura científica e cinza – como pela identificação de relato das experiências exitosas no campo da Atenção Primária à Saúde e/ou Atenção Ambulatorial Especializada.

Foram identificados 235 registros na estratégia de busca, sendo 65 em bases de dados científicos e 170 em outras fontes. A produção literária e os trabalhos incluídos na pesquisa de revisão de escopo atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos, compreendendo um total de 136 estudos, sendo a predominância deles de caráter qualitativo.

Os resultados obtidos revelam o que segue: a fonte de dados mais frequente foi a do Conass (53%); a unidade federada com o maior número de registro de estudos foi o Ceará, representando 38,2% do total; os relatos de experiência e os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) foram os que prevaleceram, com frequência de 57,3% e 36,7% respectivamente. Em relação ao local de publicação / apresentação dos estudos, 57,3% foram apresentados em eventos da saúde, sendo os seminários os mais prevalentes (78,2%). O ano com o maior número de registros foi o de 2019 (43,3%), e 2016 foi o ano que registrou a maior prevalência em relação ao desenvolvimento dos estudos (38,2%). A análise de conteúdo dos estudos mostrou que os termos mais presentes foram “saúde”, “atenção” e “planificação”, e a população mais beneficiada foi a da área de abrangência das equipes de saúde, seguida pela dos municípios, com 41% e 33% respectivamente. A maioria priorizou a linha de cuidado materno-infantil para iniciar a implantação e a organização da Rede de Atenção à Saúde, seguida da rede de hipertensão e diabetes. O foco maior das intervenções foi na organização de macroprocessos de trabalho e nas áreas de promoção e de assistência à saúde.

Os relatos sobre os efeitos positivos da Planificação da Atenção à Saúde na implantação/implementação das Redes de Atenção à Saúde foram, sobretudo, na melhoria da qualidade e resolutividade da Atenção Primária à Saúde, na organização dos processos de trabalho das equipes, no impacto sobre os indicadores de saúde, nos registros de informação, no manejo e controle das condições crônicas de saúde e na incorporação das tecnologias leves de atendimento. As fragilidades ocorreram devido a limitações de recursos financeiros para investimento e custeio, baixa prioridade política na área da Atenção Primária à Saúde, débil autonomia de algumas regiões de saúde e baixo envolvimento ora de alguns gestores, ora de alguns profissionais da saúde. Os autores consideraram a decisão política do gestor – ao mudar o modelo de atenção à saúde e o modelo de gestão – como potencialidade favorável ao desenvolvimento da planificação nas regiões de saúde e na estruturação da Rede de Atenção à Saúde.

O produto deste livro possibilitará ao Conass ampliar suas referências bibliográficas, reconhecer a importância das instituições parceiras no projeto e utilizar as informações contidas no estudo, a fim de incrementar a estratégia da Planificação da Atenção à Saúde em suas futuras gerações.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO

A SITUAÇÃO DE SAÚDE ATUAL E A INCOERÊNCIA DO SISTEMA E MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE VIGENTE

Ao longo das últimas décadas, a situação de saúde da população mundial vem sofrendo várias mudanças, com um incremento da morbimortalidade por condições crônicas em detrimento das condições agudas. Essas condições crônicas vão além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas etc.), incluindo a manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura, senicultura), doenças transmissíveis de curso longo (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, hepatites B e C), condições maternas e perinatais, distúrbios mentais de longo prazo, deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.), doenças metabólicas, doenças bucais e condições de saúde caracterizadas como enfermidades (*illnesses*), em que há sofrimento sem doenças, segundo os padrões biomédicos (MENDES, 2012).

Em 2016, cerca de 41 milhões de pessoas morreram devido a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – a maioria em países de baixa e média renda –, representando 71% do total de 57 milhões de mortes. A maior parte dessas mortes foi causada por doenças cardiovasculares (17,9 milhões, representando 44% de todas as mortes por DCNT); câncer (9 milhões – 22%); doença respiratória crônica (3,8 milhões – 9%); e diabetes (1,6 milhão – 4%) (WHO, 2018).

No Brasil, na década de 1940, as causas de morte relacionavam-se, preponderantemente, com as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), tendo as doenças diarreicas agudas em crianças, as doenças imunopreveníveis e a malária como principais causas (DUARTE; BARRETO, 2012). Enquanto a mortalidade proporcional por causas regredia de 46% para 5,2% em relação

às DIP, no período de 1930 a 2004, observou-se um incremento nas mortes por neoplasias (de 3% para 16,4%), causas externas (de 3% para 13%) e doenças do aparelho circulatório (de 12% para 26%) (CONASS, 2011).

Apesar de o Brasil seguir a mesma tendência mundial, em relação às causas de mortalidade, a situação de saúde caracteriza-se, atualmente, por uma superposição de etapas, em que há um acúmulo epidemiológico definido como uma tripla carga de doenças, no qual ocorre: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, alimentação inadequada e uso excessivo de álcool e outras drogas; e um expressivo crescimento da violência e das causas externas (MENDES, 2011).

A situação epidemiológica brasileira vem também acompanhada de mudanças importantes na transição demográfica e no padrão tanto socioeconômico quanto alimentar da população. A partir da década de 1950, a evolução das taxas de mortalidade, fecundidade e natalidade, além da expectativa de vida ao nascer, ocasionou alterações significativas na pirâmide populacional, estreitando a sua base (representada pelas faixas etárias de jovens de 0 a 19 anos) e alargando o seu topo (representada pela faixa etária acima de 60 anos). Assim, comparando-se a evolução ocorrida entre os anos de 1950 e 2010, observou-se uma queda na proporção de pessoas com menos de 15 anos de idade, representada por 41,8% para 24,1%; e um incremento na população com 60 e mais anos, de 4,3% para 10,8%. A esperança de vida ao nascer ultrapassou 70 anos, chegando a 73,5 anos em 2010 (VASCONCELOS; GOMES, 2012). Estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019) apontam que a população de idosos com 65 anos e mais chegará a 13,5% no ano de 2030.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) estima que a população global de idosos está crescendo a uma taxa de cerca de 3% por ano, “com projeção de aumentar de 962 milhões em 2017 para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações com 60 anos de idade ou mais”.

Diversos fatores têm contribuído para a mudança do perfil epidemiológico e transição demográfica, como a queda na taxa de natalidade e o

aumento da expectativa de vida da população, bem como a prevalência significativa dos determinantes sociais proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida (dieta inadequada, sobrepeso ou obesidade, inatividade física, tabagismo, uso excessivo de álcool e outras drogas, estresse e outros). Estes têm sido atribuídos ao desenvolvimento de doenças crônicas e têm elevado o aumento das condições crônicas de saúde, que exigem um cuidado contínuo (MENDES, 2012). Segundo o autor, apesar de convivemos com todas essas mudanças, o nosso sistema público de saúde opera de forma episódica e reativa e continua voltado, prioritariamente, para o atendimento às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. Isso gera uma crise de saúde e constitui-se uma incoerência, já que a situação do país, em relação a esse setor, conjuga transição demográfica acelerada e tripla carga de doenças, com forte predominância das condições crônicas de saúde. Mendes (2012) afirma que a solução para o enfrentamento dessa crise seria adequarmos o sistema de atenção à saúde, hoje fragmentado – “(des)organizado por pontos isolados de atenção à saúde, que não se comunicam entre si, incapazes de prestar atenção contínua à população” –, para um sistema integrado de atenção à saúde, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

O Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010) define as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. Mendes (2011), por sua vez, as define como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Alguns ajustes impõem-se necessários à implantação das RAS – enquanto resposta social à essa situação de saúde –, tais como: a adoção de um modelo de gestão voltado para as necessidades da população e um mo-

delo de atenção com ênfase na atenção às condições crônicas de saúde, em que a Atenção Primária à Saúde (APS) ordene essa rede, integrando os vários pontos de atenção e coordenando o cuidado (MENDES, 2012).

O CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Composto pelos Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal (DF), o Conass, criado no dia 3 de fevereiro de 1982, constitui-se uma associação civil, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Fundado pelo médico Adib Jatene, então secretário de Estado da Saúde de São Paulo, nasceu a partir do desejo dos secretários estaduais de saúde, à época, de atender à recomendação de Alma-Ata, cujo lema era “Saúde para todos no ano 2000”. Seus objetivos principais são: fortalecer as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), torná-las mais participativas na reconstrução do setor saúde e representá-las politicamente. Tem como missão: articular, representar e apoiar as SES no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); promover a disseminação da informação, produção e difusão do conhecimento; e inovar e incentivar a troca de experiências e de boas práticas. A sua visão, em 2030, é ser reconhecido como principal referência técnica e política do conjunto das SES e por sua capacidade de inovação nas políticas públicas perante as instâncias do sistema de saúde e a sociedade (CONASS, 2020a).

Teve garantida a sua participação no controle social do SUS pela Lei 8.142/1990, ao ser incluído como representação permanente do Conselho Nacional de Saúde, e reconhecido como de utilidade pública e de relevante função social pela Lei 12.466/2011, ao anuí-lo como entidade representativa dos entes estaduais para tratar de matérias referentes à saúde (BRASIL, 2011).

Desde 2003, os secretários deliberaram, consensualmente, que a APS seria eleita como área prioritária em relação ao seu fortalecimento, definição de fontes de financiamento adequado e ao seu monitoramento e avaliação, “entendendo-a como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial”, cabendo às SES o “papel fundamental no apoio técnico e financeiro às equipes gestoras municipais para a sua adequada organização de acordo com os seus princípios e as necessidades de saúde da popula-

ção”. Em 2004, no Seminário do Conass para Construção de Consensos, foram estabelecidas pelos secretários, como “responsabilidades da gestão estadual na atenção primária à saúde, as macrofunções de formulação da política, de planejamento, de co-financiamento, de formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, de cooperação técnica e de avaliação, no âmbito do território regional e estadual” (CONASS, 2009).

Por ocasião do seminário para construção de consensos, em julho de 2015¹, foram discutidas, entre outras, as preocupações e as prioridades dos secretários estaduais de saúde nos eixos temáticos da APS e das RAS, abordando como temas o modelo de atenção à saúde, o fortalecimento da APS e a organização das RAS, sendo consenso entre os gestores que o modelo hegemônico de atenção à saúde, voltado para as condições agudas, necessitava ser revisto, bem como adotada uma estratégia para apoiar a organização efetiva da APS nos municípios.

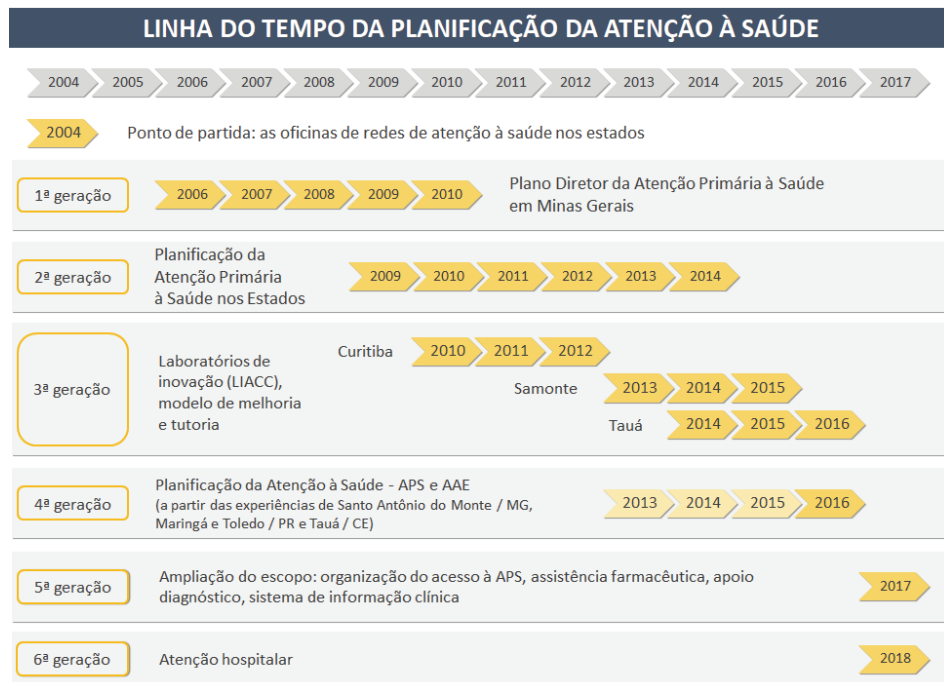
A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

O projeto da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) foi elaborado pelo Conass, a princípio, enquanto estratégia de organização da APS e implantação das redes, entendendo que não se pode pensar em RAS efetivas, eficientes e de qualidade sem uma APS muito bem estruturada (MENDES, 2012).

Em busca de aperfeiçoamento contínuo, a planificação evoluiu por várias gerações, até 2018, como se observa na figura 1 e se descreve, em síntese, a seguir.

¹ Informação obtida por meio do relatório desse seminário, disponibilizado em arquivos do Conass.

FIGURA 1 **A linha do tempo da Planificação da Atenção à Saúde**



FONTE: CONASS, 2018.

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

No intuito de promover debate entre as SES sobre o sistema de saúde vigente, o modelo de atenção à saúde prevalente no SUS e o ideal, o Conass, em 2004, aplicou a oficina de RAS à sua equipe técnica (enquanto teste-piloto para validá-la) e, a partir de 2005, realizou-a em 12 estados, oportunizando um alinhamento conceitual e promovendo a reflexão das equipes gestoras sobre a necessidade de organizar a APS, de forma que ela desempenhasse o seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora do sistema, constituindo-se, de fato, a base da estrutura operacional das redes (CONASS, 2009). O conteúdo dessas oficinas, com base no referencial teórico de Mendes, e a participação da equipe técnica do MS nos grupos de trabalho de atenção à saúde culminaram com a publicação da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (CONASS, 2018).

Imbuído em sua função de assessorar as equipes gestoras estaduais da saúde na qualificação da APS, o Conass ampliou o seu escopo e desenvolveu uma proposta metodológica de capacitação para o processo de

Planificação da Atenção Primária à Saúde (Paps) nos estados por meio da realização de 11 oficinas presenciais. Estas, customizadas pelos estados, podiam ser adaptadas em número, tinham carga horária de 16 horas e período de dispersão com média de 45 dias. Eram conduzidas por facilitadores, que capacitavam as equipes estaduais, as quais repassavam às equipes municipais, promovendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas de fortalecimento da APS. As oficinas, baseadas no princípio da andragogia, utilizavam práticas problematizadoras que proporcionam uma ação reflexiva dos atores envolvidos (gestores e trabalhadores), com a proposição de desenvolver ações concretas a partir de um processo de planejamento estratégico e participativo. Foram elaboradas a partir da experiência da SES de Minas Gerais, em seu Plano Diretor de estruturação da APS, e contribuíam para a organização efetiva da APS nos municípios, uma vez que “refletia sobre a situação da atenção primária à saúde, seu papel, atributos, revisão dos processos de trabalho e estruturação dos sistemas de apoio e logístico, até a contratualização das equipes, considerados imprescindíveis para o processo de implantação das RAS nos territórios” (CONASS, 2011).

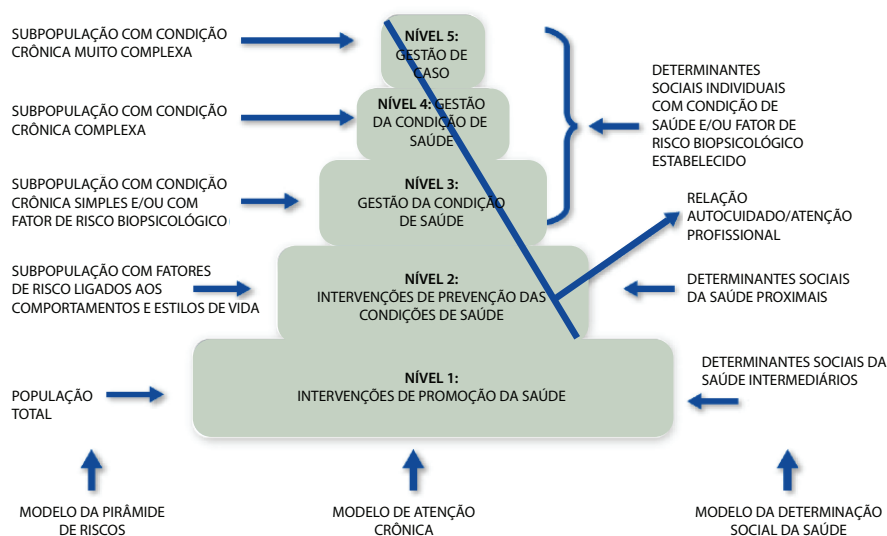
A qualificação da APS por meio da Paps consistia em habilitar os profissionais a aprimorarem, na prática, os atributos da APS – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural –, bem como suas funções – resolubilidade, comunicação e responsabilização –, definidos, respectivamente, por Starfield (2002) e Mendes (2012). No período de 2008 a 2013, 17 estados aderiram à Paps, evidenciando a capilaridade do projeto nas mais diversas regiões do país (CONASS, 2018).

A terceira geração da PAS foi considerada à época dos Laboratórios de Inovação na Atenção às Condições Crônicas (Liacc), bem como ao modelo de melhoria e à inserção das tutorias.

O Liacc na APS, em Curitiba/PR (Liacc Curitiba), foi delineado a partir de 2010 e teve como referencial teórico as RAS e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc), adaptado por Mendes para o SUS, a partir dos modelos de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead, Cuidados Crônicos de Wagner e Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente de Bengoa, Porter e Kellogg, conforme evidenciado na figura 2 (MENDES, 2011).

Nasceu com o propósito de validar o Macc, no âmbito da APS, em nosso sistema público de saúde (MOYSÉS; SILVEIRA; MOYSÉS, 2013).

FIGURA 2 **Modelo de atenção às condições crônicas, adaptado para o Sistema Único de Saúde**



FONTE: MENDES, 2011.

Os objetivos principais desse laboratório de inovação (coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde – Opas/OMS Brasil e Conass, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Curitiba e SES Paraná e apoio do MS) foram:

Produzir e disseminar conhecimentos relativos ao cuidado das condições crônicas pelas Equipes de Saúde da Família da APS a partir do marco teórico das RAS; e desenvolver e experimentar soluções práticas e inovadoras, testando novos instrumentos para o cuidado, a gestão da clínica e a gestão do caso, aplicados pelas equipes multiprofissionais de APS no manejo das condições crônicas (MOYSÉS; SILVEIRA; MOYSÉS, 2013).

As linhas de cuidado priorizadas, segundo os mesmos autores, foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* tipo 2 e saúde mental, dada a existência prévia de diretrizes clínicas já implantadas e necessárias à

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

operacionalização do modelo. A proposta metodológica do laboratório deu-se em três etapas: a adaptação do Macc à realidade do SUS e o desenvolvimento de instrumentos de intervenção; o desenho da pesquisa avaliativa; e a implantação da pesquisa avaliativa.

As intervenções foram conduzidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alvorada, do Distrito Sanitário Cajuru, onde as equipes contribuíram para o delineamento do autocuidado apoiado e para o atendimento compartilhado em grupo, denominado Cuco (acrônimo de Cuidado Compartilhado), utilizando o “uso de tecnologias de cuidado com foco na estabilização de indicadores de saúde e no apoio à adoção de comportamentos saudáveis pelos usuários”. Posteriormente, as intervenções foram expandidas para seis UBS experimentais sorteadas. O laboratório foi avaliado por pesquisadores da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que validou e aplicou os instrumentos ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas para profissionais das equipes – e PACIC (*Patient Assessment of Chronic Illness Care*) – Avaliação do Atendimento de Condições Crônicas para usuários (CONASS, 2018).

O Liacc implantado no município de Santo Antônio do Monte (Samonte/MG) – município-polo da microrregião de saúde de Divinópolis –, financiado pela Opas e Conass, foi desenvolvido nos anos de 2013 a 2014 para propor um novo manejo das condições crônicas, com base no Macc desenvolvido por Mendes (2011), envolvendo todos os profissionais de saúde da atenção primária e secundária. Focou, prioritariamente, quatro grupos-alvo: indivíduos com diabetes, hipertensão, mulheres grávidas e crianças menores de dois anos. O estudo-piloto foi avaliado pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e por pesquisadores da Universidade Federal de São João del-Rei (CONASS, 2016). Teve como objetivo principal avaliar a atenção primária de oito UBS, direcionada às condições crônicas, com foco nos seguintes processos de trabalho: cadastramento familiar; classificação de risco familiar; estratificação de risco individual; e cuidado longitudinal e integrado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), na perspectiva de organizar a RAS (ANDRADE et al., 2017). Os autores consideraram como potencialidades ao sucesso do Liacc Samonte: as condições favoráveis ao acesso a diversos serviços de saúde, como o cuidado pré-natal – incluindo consultas e exames diagnóstico;

a imunização das crianças menores de 1 ano; as consultas para indivíduos com hipertensão e diabetes; a organização da atenção secundária, com base nos princípios do Macc, realizada no Centro Hiperdia / Viva Vida, com participação da Fundação José Maria dos Mares Guia; e o forte engajamento dos gestores e profissionais de saúde.

No período de 2014 a 2016, foi desenvolvido o Laboratório de Inovação em APS, em Tauá/CE, ofertado a 100% dos trabalhadores desse nível de atenção, com vistas a qualificar a APS prestada e avaliar a efetividade da Paps. Por decisão da gestão municipal e estadual, o projeto inicial foi acrescido de mais uma oficina (metodologia de pesquisa) e adaptado para um curso de “especialização em planificação da atenção primária à saúde”, – dirigido aos profissionais de nível superior, e para um curso de “aperfeiçoamento em planificação da atenção primária à saúde”, dirigido aos demais trabalhadores da APS, com as devidas titulações e certificações. Essa resolução foi tomada com base na experiência da SES do Pará, que, por ocasião da Paps realizada na região de Paragominas, nos anos de 2013 e 2014, adaptou as oficinas da planificação em um curso de especialização em “gestão da atenção primária à saúde”, destinado aos seus facilitadores estaduais. Após constatada a efetividade da planificação, o Ceará expandiu a proposta para todo o estado, sob a condução dos seus técnicos, com o nome de QualificaAPSUS².

Esse laboratório contou, além do Conass, com o apoio técnico e financeiro da SES/CE e da SMS de Tauá, e com a parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo sido firmado um Protocolo de Intenções para a cooperação técnica interinstitucional, com vistas ao seu desenvolvimento e execução, bem como para estabelecer as competências e atribuições de cada ente³. A avaliação externa dos efeitos da Paps foi realizada pela Universidade de Fortaleza (Unifor), da Fundação Edson Queiroz, com foco na linha de cuidado materno-infantil, do município de Tauá.

Essa terceira geração da planificação, com a experiência dos laboratórios de inovação – sobretudo de Samonte e de Tauá –, teve a sua

² Informações obtidas a partir de registros disponibilizados em arquivos do Conass.

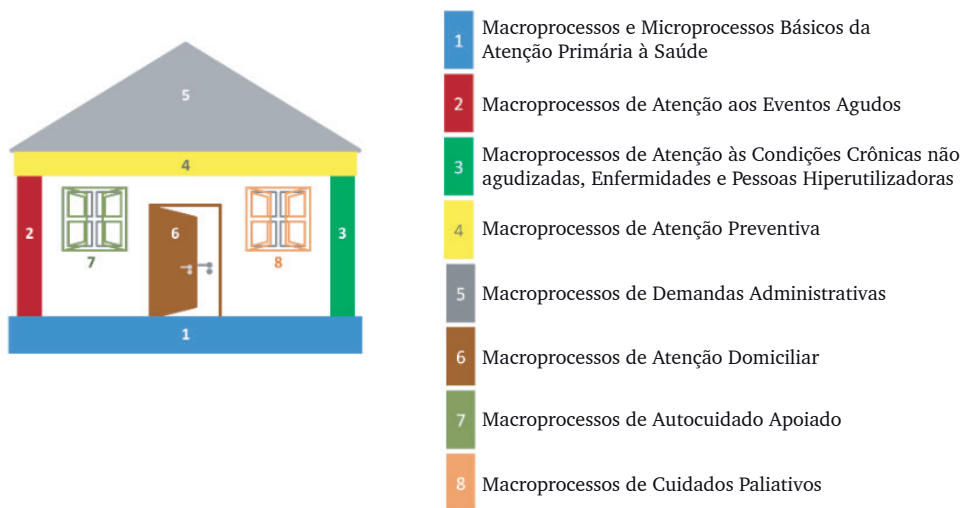
³ Informações obtidas a partir do Protocolo de Intenções, disponibilizado em arquivos do Conass.

metodologia aprimorada e contou com a implantação do modelo de melhoria e com a concepção da educação tutorial (em que “todos ensinam e todos aprendem”), exercida por tutores, que ajudavam no gerenciamento dos processos, já que apenas as oficinas teóricas não eram suficientes para promoverem mudança nos processos de trabalho das equipes da APS. O gerenciamento de processos (tanto clínicos quanto administrativos), além de agregar valor para as pessoas, visava à eliminação de desperdícios e retrabalho (CONASS, 2016).

O referencial teórico utilizado nessa nova etapa foi o da construção social da APS, que busca restabelecer a coerência entre a estrutura da demanda e da oferta, a fim de ampliar a capacidade de responder, também, às demandas por condições crônicas não agudizadas, por problemas gerais e inespecíficos, por enfermidades, por atenção a pessoas hiperutilizadas e por autocuidado apoiado. Isso implica “promover um adensamento tecnológico da APS com mudanças na estrutura e em processos básicos de organização dos cuidados primários, redesenhando e/ou introduzindo novos processos que possam responder, integralmente, aos diferentes perfis de demanda” (MENDES, 2015).

Para facilitar a compreensão do processo da construção social da APS, o autor utiliza a metáfora da construção de uma casa (figura 3), em que o alicerce representa a solidez da APS; e, a partir dele, vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela. Ao lado da casa, aparecem os vários momentos, que implicarão a implantação/implementação de mudanças estruturais e processuais necessárias à organização dos macroprocessos e microprocessos, que darão respostas satisfatórias aos diferentes tipos de demandas.

FIGURA 3 **A metáfora da casa na construção social da APS**



n. 36
 Estudos sobre
 a Planificação da
 Atenção à Saúde
 no Brasil –
 2008 a 2019:
 uma revisão
 de escopo

FONTE: MENDES ET AL., 2019.

Os momentos e a organização dos respectivos macroprocessos da APS podem ser visualizados no quadro 1.

QUADRO 1 **Organização dos macroprocessos da Atenção Primária à Saúde**

MOMENTO 1	<p>Intervenções na estrutura</p> <p>São antecedidas por um diagnóstico estrutural da APS e pela elaboração de um plano para a melhoria de sua estrutura, considerando-se o percentual de cobertura da capacidade operacional em relação à necessidade de saúde; as condições pre-diais da unidade; os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde; a composição da equipe; e os recursos financeiros necessários.</p>
	<p>Macroprocessos básicos</p> <p>Dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população: territorialização; cadastramento familiar; classificação de risco da família; diagnóstico local; conhecimento das subpopulações-alvo prioritárias; estratificação de risco das condições crônicas; programação local; agenda de atendimentos; e contratualização.</p>
	<p>Microprocessos básicos assistenciais</p> <p>Estão relacionados com a qualidade e a segurança dos serviços prestados: recepção; acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.</p>

MOMENTO 2	<p>Macroprocessos de atenção aos eventos agudos</p> <p>Escuta inicial sobre a demanda do dia; avaliação e classificação de risco; atendimento aos eventos agudos azul e verde; primeiro atendimento das pessoas com eventos amarelo, laranja e vermelho; e encaminhamento para pronto atendimento ou pronto-socorro.</p>
MOMENTO 3	<p>Macroprocessos de atenção às pessoas com condições crônicas não agudizadas, hiperutilizadoras e com enfermidades</p> <p>Gerenciamento das condições crônicas prioritárias; estratificação de riscos; elaboração e monitoramento dos planos de cuidado; autocuidado apoiado; gestão de caso; educação permanente dos profissionais de saúde, os grupos operativos; mapa de recursos comunitários; e novos formatos da clínica: a atenção contínua, a atenção compartilhada a grupo, a atenção por pares, o matriciamento entre generalistas e especialista; e a atenção a distância.</p>
MOMENTO 4	<p>Macroprocessos relativos às tecnologias de suporte às mudanças de comportamento</p> <p>Modelo transteórico de mudança; entrevista motivacional; grupo operativo e técnica de solução de problemas.</p> <p>Macroprocessos de atenção preventiva, relativos aos principais fatores de risco proximais e aos fatores individuais biopsicológicos</p> <p>Programas de atividade física; reeducação alimentar; de controle do tabagismo; de controle do álcool e outras drogas; de rastreamento de condições de saúde e programas de prevenção quaternária.</p>
MOMENTO 5	<p>Macroprocessos de demandas administrativas</p> <p>Assistenciais: atestados médicos; renovação de receitas; análise de resultados de exames; e relatórios periciais.</p> <p>Gestão da unidade: registro sanitário; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); segurança do trabalho; sistemas de informação; e relatórios de gestão.</p>
MOMENTO 6	<p>Macroprocessos da atenção domiciliar</p> <p>Visita domiciliar; assistência domiciliar; internação domiciliar com uso de tecnologias de suporte; acompanhamento domiciliar; e vigilância domiciliar.</p>
MOMENTO 7	<p>Macroprocessos de autocuidado apoiado</p> <p>Informação e educação para o autocuidado; elaboração e monitoramento de um plano de autocuidado; e apoio material para o autocuidado.</p>
MOMENTO 8	<p>Macroprocessos de cuidados paliativos</p> <p>Abordagem do ciclo vital; entrevista familiar; genograma; grupos de cuidadores; discussão de casos em equipes multiprofissionais interdisciplinares e utilização de planos de cuidados interdisciplinares.</p>

FONTE: CONASS, 2018. ADAPTADO PELA AUTORA PARA INCLUSÃO DO MOMENTO 8⁴.

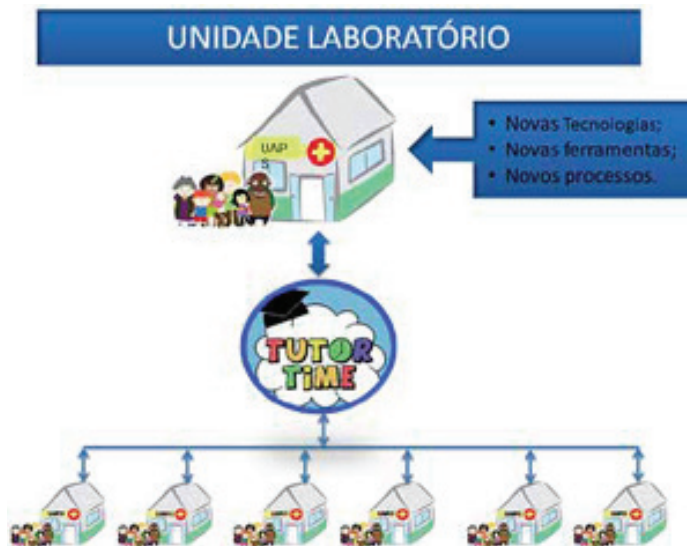
O processo de tutoria, exercido pelos tutores, não tem caráter gerencial nem fiscalizador. Foi pensado para apoiar diretamente as equipes da APS em suas funções assistenciais e gerenciais e ajudá-las a refletir sobre

⁴ Macroprocesso incluído a partir do ano de 2019.

a prática da assistência, a identificar fragilidades e a formular propostas de melhoria, agregando valor, tanto aos profissionais quanto aos usuários (indiretamente). Seu objetivo é fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitude. Compreende três momentos: resgate da fundamentação teórica, sempre breves e objetivos, em sincronia com o que foi trabalhado nas oficinas teóricas; supervisão *in loco*, no sentido de avaliar inconformidades na estrutura e nos processos, sempre checando a atitude dos profissionais, o seu conhecimento e a aplicação das normas e recomendações; e avaliação dos problemas ou inconformidades, identificadas com a elaboração de um plano de ação a ser posto em prática no momento de dispersão (CONASS, 2018).

A capacitação dos tutores da APS dá-se em uma unidade laboratório, definida pelo município – seguindo-se critérios preestabelecidos –, conduzida por um consultor, em que novas tecnologias e ferramentas são utilizadas no enfrentamento de problemas e na organização dos macro e microprocessos, de forma que possam ser reproduzidos às demais UBS, sob a orientação dos tutores locais (figura 4).

FIGURA 4. **Representação esquemática do trabalho na unidade laboratório e expansão para as demais unidades de atenção primária à saúde**



FONTE: CONASS, 2018.

Para auxiliar no gerenciamento dos processos, utiliza-se, por ocasião das tutorias, o ciclo de melhoria contínua do PDSA, que inclui um conjunto de ações gerenciais, em uma sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla em inglês (*plan, do, study, act*); e que torna os processos mais ágeis, claros e objetivos, como forma de alcançar um nível de gestão melhor a cada dia, atingindo ótimos resultados. A gestão por processos implica três etapas: o mapeamento dos processos, o redesenho dos processos e a implantação e monitoramento dos processos redesenhados (MENDES *et al.*, 2019).

Alguns instrumentos de normalização podem ser aplicados no ciclo de melhoria contínua do PDCA durante a implantação e monitoramento dos processos, como os fluxogramas de processos, o procedimento operacional padrão (POP) e a matriz de gerenciamento de processos, que auxilia os tutores no passo a passo das tutorias e na elaboração dos planos de ação, possibilitando o planejamento de cada atividade, bem como a distribuição de responsabilidades e o monitoramento dos processos (CONASS, 2018).

A quarta geração da planificação decorreu de reflexões, após as experiências dos laboratórios de Santo Antônio do Monte e de Tauá, de que não era possível organizar a atenção especializada sem reestruturar a APS. Da mesma forma, a planificação apenas da atenção primária tensionava a estruturação da atenção especializada para garantir o compartilhamento e a continuidade do cuidado (CONASS, 2016). Assim, o projeto sofre uma nova reformulação e passa a denominar-se “Planificação da Atenção à Saúde (PAS)”, enquanto instrumento de gestão e organização da APS e da AAE nas RAS, nas SES, para a qualificação da atenção à saúde, com vistas à organização das redes e ênfase nos micro e macroprocessos da APS e da AAE.

A organização e a qualificação da AAE passam, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e a oferta por atendimentos especializados. Isso é possível a partir de diretrizes clínicas, com a utilização da estratificação de risco da população e o manejo da condição crônica de alto e muito alto risco – ficando a condição de baixo e médio risco com o manejo na APS; com a superação do chamado “efeito velcro”, em que há uma vinculação definitiva das pessoas referidas; e com a introdução de atendimento multiprofissional, em vez de atenção ambulatorial baseada na consulta médica individual. Nessa proposta, a AAE assume também um novo papel na RAS,

compartilhando o conhecimento com a APS por meio de interconsultoria, supervisão e educação permanente, construção coletiva e monitoramento de planos de cuidado, bem como a função de pesquisa investigativa, em que, a partir dos registros de dados e das experiências nos novos processos de trabalho, estuda e produz evidências (CONASS, 2018).

As relações entre a APS e a AAE devem ser bem esclarecidas e organizadas nessa nova proposta, uma vez que o acesso ao ambulatório de especialidade não é livre, devendo todo usuário ser encaminhado pelas equipes da APS de acordo com os critérios e pactuações definidos previamente. Nesse caso, a relação entre os dois níveis de atenção se efetiva e se qualifica nas relações entre os profissionais especialistas e os generalistas.

A organização dos macroprocessos passou a ser desenvolvida, simultaneamente e de maneira integrada nas unidades da APS e da AAE, em duas etapas, com duração de até 12 meses:

- Ciclos mensais de oficinas, tutoria e organização progressiva dos macroprocessos, em momentos de concentração e dispersão;
- Supervisão dos municípios e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa e novos ciclos de oficinas e tutorias, relativos a processos para qualificação da atenção às condições crônicas, com implantação de novas tecnologias leves.

Nessa nova geração da planificação, foram introduzidas as seguintes mudanças: uma ampla revisão das oficinas teóricas, dotando-as de um caráter mais ágil com redução da carga horária, sem prejuízo do conteúdo; alinhamento entre os vários produtos a serem elaborados pelas equipes e adoção de estratégias de integração entre os dois níveis de atenção; e a introdução da tutoria na AAE (CONASS, 2018).

As oficinas tutoriais da APS na PAS seguiram o referencial teórico da construção social da APS; e as teóricas foram organizadas em seis módulos, com momentos presenciais e de dispersão, sendo os presenciais constituídos de 8 horas, em dois turnos, passando a compor as seguintes temáticas:

- Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde
- Oficina 2 – Atenção Primária à Saúde
- Oficina 3 – Territorialização e Vigilância em Saúde
- Oficina 4 – Organização da atenção aos eventos agudos e às

condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

- Oficina 5 – A Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde
- Oficina 6 – Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

Os temas abordados nas oficinas tutoriais da AAE evidenciam a organização dos macroprocessos desse nível de atenção e estão apresentados no quadro 2.

QUADRO 2 **Oficinas tutoriais da atenção ambulatorial especializada, com suas respectivas temáticas**

OFICINAS	TEMÁTICAS
1	Alinhamento sobre a AAE; Conhecimento do território de abrangência e das equipes de APS; A estratificação de risco das condições crônicas e o conhecimento das subpopulações-alvo; Programação da atenção.
2	Fluxos internos (agendamento pela APS, recepção e acolhimento); Atenção contínua e plano de cuidado.
3	A função de interconsulta; Gestão da condição de saúde (manejo do alto e muito alto risco na fase de estabilização).
4	As funções de supervisão e educação permanente.
5	Gestão interna do ponto de atenção.
6	O sistema de gerenciamento.

FONTE: CONASS, 2018.

O período de dispersão foi mantido, com intervalo de 30 a 45 dias, sendo as atividades dos planos de ação, nesse período, supervisionadas pelos técnicos da SES e tutores, presencialmente e à distância, nas várias modalidades possíveis. Foram acrescentados cursos de curta duração, necessários à educação permanente para a organização de alguns processos de trabalho, como: estratificação de risco e manejo clínico das condições crônicas; classificação de risco das condições agudas; elaboração de plano de cuidado e autocuidado apoiado, dentre outros (CONASS, 2018).

Novas formas de atenção profissional, necessárias ao Macc, foram adotadas, como a atenção contínua e atenção compartilhada em grupos,

bem como algumas abordagens para as mudanças de comportamento, como o modelo transteórico de mudança, a entrevista motivacional e o grupo operativo, que se constituem grande desafio para a prevenção das condições de saúde (MENDES, 2012).

A PAS trabalha não só com a implantação do modelo assistencial, mas também com a regulamentação do modelo de gestão, estando previstos encontros com as equipes gerenciais da SES e da Atenção Ambulatorial Especializada, em que são discutidos: a capacidade institucional e o planejamento estratégico; a regulamentação, envolvendo desde a definição da carteira de serviços por linha de cuidado até a programação física e financeira de acordo com a necessidade de saúde; e a gestão da AAE, compreendendo desde a contratualização dos prestadores, ao monitoramento da rotina interna, assistencial e administrativo-financeira até a prestação de contas físico-financeira. Algumas premissas são necessárias para a organização dos macroprocessos da AAE e para possibilitar a implantação efetiva de uma RAS, especialmente integrando o cuidado com a APS: definição estratégica pelo fortalecimento da APS como ponto de ordenação das RAS; opção clara do modelo de atenção às condições crônicas para a organização da APS e da AAE; seleção das condições crônicas prioritárias e, conseqüentemente, das RAS a serem organizadas; e revisão ou elaboração das diretrizes clínicas das condições crônicas selecionadas (CONASS, 2018).

Em 2017, apesar das oficinas da PAS estarem bem avaliadas, o Conass sentiu a necessidade de ampliar o escopo de seu trabalho. Nesse sentido, trabalhou na construção de uma quinta geração de oficinas de PAS que agregava a organização de processos relativos a três componentes fundamentais para qualificar a atenção à população: a assistência farmacêutica, o apoio diagnóstico e a organização do acesso à APS (CONASS, 2016). Tanto o sistema de assistência farmacêutica quanto o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico são componentes das RAS que se organizam de forma transversal e são comuns a todas as redes temáticas (MENDES, 2019). Necessitam, portanto, ser estruturados e modelados no processo de planificação, a partir de diretrizes clínicas que dimensionem a população-alvo por estrato de risco e estabeleçam parâmetros, programando, no âmbito de cada território e nível de atenção, o quantitativo de exames, insumos e medicamentos necessários ao cuidado dessas subpopulações. As demoras observadas no aces-

so aos serviços de saúde, inferindo em efeitos negativos sobre os resultados sanitários e na satisfação dos usuários com a atenção recebida, imprimiram a urgência em tentar organizá-lo, também, nessa geração da planificação. Assim, novas estratégias foram trabalhadas para minimizar esse problema e organizar o modelo de acesso utilizado na APS, com base em algumas estratégias aplicadas pelo *Institute of Medicine* (2015 apud MENDES, 2019), provindo de quatro enfoques, combinando-os de forma ótima: o alisamento dos fluxos de agendamento; a força de trabalho organizada em equipes; as alternativas tecnológicas ao atendimento presencial; e o acesso avançado.

A PAS, sendo um processo em contínua construção, evoluiu, em 2018, em sua sexta geração com o novo desafio de inclusão da Atenção Hospitalar (AH), integrando-a aos demais pontos da rede e inserindo o hospital enquanto centro de educação para os profissionais de saúde, no intuito de qualificar e melhorar ainda mais o cuidado com as condições crônicas de saúde. Entre as várias estratégias para favorecer essa integração da rede, buscava-se compartilhar as diretrizes clínicas, enquanto ferramenta importante da gestão da clínica, a fim de haver uma linguagem única no sistema público de saúde, padronizando-se os procedimentos, reduzindo-se as variações de custos hospitalares, aumentando-se a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a eficiência interna hospitalar. A agenda de aumento da eficiência interna dos hospitais do SUS é fundamental para gerar valor às pessoas e à sociedade e para reduzir os custos de atenção, bem como incorporar intervenções para a gestão dos fluxos assistenciais, ou gestão dos fluxos das pessoas usuárias, o que ainda se constitui um grande desafio, posto que implica a capacidade de balanceamento da demanda e da oferta (MENDES, 2019).

Em junho de 2018, foi implantado, como parte integrante da PAS, o projeto-piloto de tutoria hospitalar realizado na região de Caxias/MA. A proposta foi apresentada ao estado com a finalidade de integrar as ações de vigilância e de assistência em saúde, aplicado nos três níveis de atenção, utilizando o Macc no seu desenvolvimento. A inclusão da AH seria voltada para a atenção à gestante, puérperas, recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade, com o objetivo geral de reduzir a mortalidade materna e infantil no Maranhão, articulando em rede os cuidados primários e especializados. Os parceiros envolvidos na efetivação desse projeto-piloto foram:

representantes da SES (nível central e regional) e das SMS de Caxias e de Coelho Neto; direção e profissionais da Maternidade Carmosina Coutinho, em Caxias, e do Hospital e Maternidade de Coelho Neto; coordenação e profissionais do Centro Especializado em Assistência Materno e Infantil (Ceami) de Caxias; coordenação da APS dos dois municípios; e consultores e facilitadores do Conass. Ao Ceami, caberia promover cursos curtos, atividades de supervisão clínica e segunda opinião formativa para os profissionais da APS. Aos hospitais, caberia ofertar cursos curtos, atividades de supervisão clínica e segunda opinião formativa para profissionais do âmbito hospitalar. A tutoria, realizada no hospital Carmosina Coutinho e no hospital e maternidade de Coelho Neto, tinha por objetivo geral qualificar a atenção perinatal; e por objetivos específicos: realizar o diagnóstico situacional das unidades perinatais das duas maternidades; organizar os processos relativos ao percurso neonatal; definir os protocolos de organização assistencial das unidades perinatais e implantar o sistema de monitoramento e avaliação. O grande desafio seria operacionalizar a PAS – enquanto um instrumento de gestão e organização da atenção primária, da AAE e da AH nas RAS, integrando os três níveis de atenção à saúde e qualificando os processos de trabalho da AH. A tutoria tinha como foco a organização dos macroprocessos da AH perinatal em integração com a APS e a AAE, sendo desenvolvida em seis encontros de três dias, com a seguinte programação: dia 1 – tutoria na Maternidade Carmosina Coutinho; dia 2 – tutoria na Maternidade de Coelho Neto; dia 3 – trabalho conjunto, para alinhamentos conceituais, revisão de fluxos de integração e monitoramento do projeto⁵.

A INSERÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS)

No intuito de capilarizar a PAS a todos os estados brasileiros, colaborando para o fortalecimento da gestão estadual do SUS, o MS, por proposição do Conass, a incluiu no rol do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), sob a coordenação da Secretaria de

⁵ Informações obtidas a partir de registros disponibilizado em arquivos do Conass.

Atenção Primária à Saúde (Saps), a ser executado, no período de três anos (2018 a 2020), pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira “Hospital Albert Einstein”.

O projeto, agora intitulado “A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde – PlanificaSUS”, tem por objetivo implantar a metodologia da PAS e do Conass em regiões de saúde das 27 Unidades Federadas, fortalecendo o papel da APS e a organização da RAS no SUS, apoiando o corpo técnico gerencial das SES e SMS no planejamento, organização e operacionalização das oficinas e apoiando na organização dos macroprocessos da APS e da AAE, na lógica das RAS. O Conass responsabilizou-se por manter a condução da planificação nas regiões dos estados que já haviam iniciado o processo da planificação.

O projeto conduzido pela equipe do Hospital Albert Einstein foi planejado para ocorrer em quatro etapas, com as seguintes atividades⁶:

1. Fase preparatória (12 meses) – instituição do grupo condutor nacional; elaboração do projeto de pesquisa, termo de compromisso, *checklist* de indicadores e material das oficinas e tutorias; e seleção da equipe interna, de consultores e analistas.
2. Fase de apresentação e articulação com os entes estaduais (3 meses) – apresentação da proposta aos Secretários Estaduais de Saúde; definição das regiões de saúde e da RAS a ser organizada; assinatura de termo de compromisso por todos os atores envolvidos; formação do grupo condutor estadual e regional; visita às regiões de saúde para conhecimento das realidades locais; realização da “oficina mãe”; identificação de facilitadores e tutores regionais; e levantamento dos indicadores a partir das condições crônicas prioritárias definidas.
3. Ciclos mensais de oficinas, consultoria, tutoria e organização progressiva dos macroprocessos em momentos de concentração e dispersão, envolvendo 100% dos trabalhadores das regiões de saúde elencadas (9 meses) – esta etapa finaliza com um seminário de avaliação e apresentação do *Dashboard* para Monitoramento das metas e ações pactuadas.

⁶ Informações obtidas a partir de registros disponibilizado em arquivos do Conass.

4. Supervisão dos municípios e unidades para aperfeiçoamento dos macroprocessos da primeira etapa, novos ciclos de oficinas e tutorias relativos a processos para qualificação da atenção às condições crônicas (12 meses) – esta etapa finaliza com um seminário final e apresentação de um plano de controle.

O grupo do Hospital Albert Einstein incorporou à metodologia do projeto o sistema *Lean*, útil na racionalização dos fluxos assistenciais e do acesso aos serviços de saúde, utilizados de forma a reduzir atraso, erros e procedimentos desnecessários, impróprios ou redundantes (YOUNG *et al. apud* MENDES, 2019; INSTITUTE OF MEDICINE, 2015 *apud* MENDES, 2019).

Diante da importância do que foi exposto, realizou-se um estudo de revisão de escopo que identificou artigos, pesquisas, teses, dissertações, TCC e experiências bem-sucedidas sobre o desenvolvimento da PAS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019, para subsidiar a elaboração desta publicação.

CAPÍTULO 2 O PROCESSO DA REVISÃO DE ESCOPO

A *Scoping Review* ou Revisão de Escopo é um método que pode ser realizado em várias situações, seja para esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico, prover um “mapa” das evidências disponíveis dos estudos de interesse, servir de base para futuras revisões sistemáticas, seja para identificar lacunas nas evidências (ARKSEY; O'MALLEY, 2005; JBI, 2019).

Propõe-se o seu uso para fornecer uma visão geral e diversificada das evidências existentes em um determinado campo de interesse, sobretudo quando revisões acerca do tema ainda não foram publicadas (DAVIS *et al.*, 2009 apud JBI, 2019). Proporciona a síntese das evidências por meio de processos rigorosos e difere de uma revisão sistemática por ser mais adequada a tópicos amplos, buscando conhecer as evidências produzidas sem avaliar a sua robustez, tampouco a sua qualidade (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Devido à sua ampla natureza, as revisões de escopo são úteis para reunir evidências de fontes díspares ou heterogêneas (JBI, 2019).

Segundo o JBI (2019), a questão da revisão do escopo pode basear-se em dados de qualquer tipo de evidência e metodologia de pesquisa e não se restringe apenas a estudos quantitativos. A fonte de informação pode incluir qualquer literatura existente, por exemplo, estudos de pesquisa primária, revisões sistemáticas, metanálises, cartas, diretrizes, sites etc., a fim de identificar estudos primários publicados e não publicados (literatura em cinza), bem como análises. Assim, no intuito de ampliar o universo desta pesquisa, a fonte de informação foi deixada “aberta” para incluir todo e qualquer tipo de estudo. Utilizaram-se tanto a revisão de escopo – com o levantamento de dados, por meio de consultas nas plataformas e bibliotecas virtuais, de trabalhos (publicados ou não) – quanto o relato de experiências exitosas no campo da APS e/ou AAE, que pudessem ser replicadas e que tivessem sido desenvolvidas por meio da implantação da PAS em uma região de saúde do Brasil, desde que houvessem sido apresentadas em algum evento da saúde,

como seminários, jornadas, mostras e congressos. Essas experiências foram identificadas e obtidas quer por meio de contatos (via *e-mail*, WhatsApp e/ou telefone) aos coordenadores estaduais e/ou municipais da PAS, quer por meio de pesquisa das publicações divulgadas no site do Conass e do Conasems no período do estudo.

O método de revisão utilizado na pesquisa, que embasou esta publicação, seguiu o que é proposto pelo mesmo Instituto, tendo-se definido e desenvolvido, preliminarmente, um protocolo para fornecer um plano para a revisão de escopo, descrevendo o processo de seleção do estudo em todas as suas etapas, a fim de limitar a ocorrência de viés de relatório. Continua, basicamente, objetivos, métodos, relatório de revisão, critérios de inclusão e de exclusão, dados relevantes e forma como foram extraídos e apresentados.

Por ser um método relativamente novo, não existe uma abordagem universal para a sua realização. Neste estudo, tanto a seleção do título quanto a questão da pesquisa e o objetivo seguiram as recomendações do que é proposto no protocolo de revisão de escopo, tendo-se utilizado, na busca da literatura, uma adaptação da estratégia Pico (*Population, Intervention, Comparator and Outcome*), que facilita que o pesquisador encontre, de forma acurada, a melhor informação científica disponível (SANTOS *et al.*, 2007 apud MENEZES *et al.* 2015).

A fim de refinar a busca de evidências, contou-se com a colaboração de uma pesquisadora, com conhecimento específico, que contribuiu para o processo de revisão nas etapas de estratégias de busca.

Com base na pesquisa levantada, não foi encontrada nenhuma revisão de escopo, revisões sistemáticas, síntese de pesquisa e/ou trabalhos de pesquisa primários relacionados com o tema durante a busca.

A pesquisa teve como objetivo geral “realizar uma revisão de escopo para identificar o perfil das literaturas (artigos, pesquisas, teses de doutorados, dissertações de mestrados, trabalhos de conclusão de cursos e experiências bem-sucedidas) sobre o desenvolvimento da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no Brasil, no período de janeiro de 2008 à dezembro de 2019”, a fim de subsidiar a elaboração desta publicação.

Constituíram-se objetivos específicos:

- Fornecer um “mapa” da literatura encontrada, provendo uma visão geral das evidências existentes sobre a PAS, independentemente da qualidade.

- Desenvolver conteúdo para basear futuras revisões sistemáticas mais detalhadas sobre o tema.
- Selecionar os estudos identificados, catalogando-os em artigos, teses, dissertações, TCC e relatos de experiências.
- Descrever uma síntese dos principais resultados encontrados.

A metodologia utilizada na revisão de escopo foi realizada seguindo cinco fases principais, orientadas por Arksey e O'Malley (2005): identificar a questão da pesquisa; identificar estudos relevantes; selecionar o estudo; mapear os dados; e agrupar, resumir e relatar os resultados. O “exercício de realizar consulta” (opcional) não foi conduzido (quadro 3).

QUADRO 3 **Estrutura da Revisão de Escopo**

ITENS DA ESTRUTURA DO SCOPING REVIEW (DEFINIDOS POR ARKSEY E O'MALLEY)	MELHORIAS (PROPOSTAS POR LEVAC, COLQUINHOU E O'BRIEN)
1. Identificar a questão da pesquisa	Esclarecer e vincular o propósito e a questão da pesquisa
2. Identificar estudos relevantes	Equilibrar a viabilidade com amplitude e abrangência do processo de definição do escopo
3. Selecionar os estudos relevantes	Adotar abordagem interativa da equipe para selecionar estudos e extrair dados
4. Mapear os dados	Incorporar o resumo numérico e uma análise temática qualitativa
5. Coletar, resumir e relatar os resultados	Identificar as implicações dos resultados do estudo para política, prática ou pesquisa
6. Realizar consulta (opcional)	Adotar a consulta como um componente obrigatório da metodologia de estudo de escopo

FONTE: ARKSEY; O'MALLEY, 2005.

Foi utilizada uma adaptação da estratégia de busca “Pico” para “PIC”, correspondendo “P” a participantes/quem foi estudado (literatura disponível e experiências identificadas), “I” ao fenômeno de interesse/o que foi realizado (planificação da atenção à saúde) e “C” ao contexto/o que foi encontrado na busca (publicações e experiências apresentadas).

A pergunta/questão levantada durante a revisão foi: “O que tem sido estudado sobre a planificação da atenção à saúde no Brasil, no período de 2008 a 2019?”.

A investigação deu-se no período de 15 de novembro de 2019 a 30 de janeiro de 2020, a partir de pesquisas nas bases de dados *on-line*: Pub-

med, Biblioteca Virtual em Saúde Pública da Bireme/Opas/OMS, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Banco de Dados JBI de Revisões Sistemáticas, Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e *Scopus*. Além de contemplar as bases de dados, considerou-se, também, o desenvolvimento de experiências exitosas do projeto da PAS que foram apresentadas em eventos da saúde, cujos relatos estavam tanto disponibilizados em sites quanto os que foram encaminhados via *e-mail*.

Como estratégia de sintaxe de busca, utilizaram-se os seguintes passos:

- a. Adaptação da estratégia Pico para PIC;
- b. Seleção dos descritores em saúde, em português, espanhol e inglês, validando-os no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS);
- c. Realização da pesquisa e validação dos descritores no Medical Subject Headings – MeSH;
- d. Utilização dos operadores booleanos “AND, OR e NOT” – com os termos em inglês nos descritores, para comporem as chaves de busca a serem utilizadas para a pesquisa nas bases de dados;
- e. Definição dos Critérios de Inclusão;
- f. Definição dos Critérios de Exclusão;
- g. Inclusão da literatura cinza, pesquisada por meio de TCC, dissertações e teses nacionais pelo banco da Capes e do Google Acadêmico.

A estratégia de busca utilizou os termos: “*delivery of health care*” AND “*community health planning*” AND “*regional health planning*” OR “*health planning*” AND “*primary health care*” AND “*secondary care*” OR “*secondary care centers*” AND “*health planning councils*”. Posteriormente, acrescentaram-se os termos “cuidados integrados” e “laboratórios de inovação”. A Seleção e a validação dos descritores no DeCS, empregadas como definição da estratégia de busca, utilizaram as bases em português, inglês e espanhol. Após a validação dos descritores no DeCS e no MeSH, os títulos e os resumos dos artigos identificados na busca foram lidos para proceder à seleção dos que seriam incluídos no estudo, desde que dentro dos critérios de elegibilidade. Após eleitos para inclusão no estudo, os textos foram lidos na íntegra.

Os passos e as orientações para a busca dos relatos de experiência relacionados com PAS deram-se a partir de:

- Identificação de trabalhos dos congressos do Conasems, publicados no período do estudo, baixando os arquivos da mostra “Experiências Conasems” por meio de busca em seu site oficial, selecionando-se, inicialmente, pelo título e resumo e, posteriormente, lendo-os integralmente;
- Contato realizado com os coordenadores estaduais da APS e coordenadores regionais e/ou municipais da PAS, via e-mail ou telefone, informando sobre o objeto do estudo e solicitando o envio de relatos de experiência que cumprissem os critérios de elegibilidade da pesquisa, para serem analisados e, posteriormente, catalogados;
- Envio de um formulário elaborado pela pesquisadora, anexado ao e-mail de contato realizado aos coordenadores, que servia de roteiro tanto para a descrição sintética dos dados mais relevantes das experiências como de instrumento de extração de dados.

Utilizou-se o gerenciador de referências EndNote para a etapa de seleção, “varredura” de duplicatas e inclusão e exclusão dos estudos referentes à pergunta elaborada e ao protocolo.

Foram estabelecidos os seguintes Critérios de Elegibilidade ao estudo:

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estudos produzidos por estados ou municípios, que retratassem a PAS desenvolvida pelo Conass, quer com foco na APS, quer na AAE, relativos tanto a evidências científicas quanto à literatura cinza.
- Relatos de experiência que tivessem sido apresentados em eventos da saúde, como: seminários, congressos, mostras e premiações, sob a forma de banners e/ou apresentação oral.
- Estudos e relatos de experiências que tivessem sido publicados ou apresentados no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Estudos produzidos em municípios e regiões de saúde que iniciaram a planificação pelo Proadi-SUS, sob a execução do Hospital Albert Einstein, dado ao período inferior a um ano de implantação à época da pesquisa.
- Produções literárias sobre a planificação já publicadas pelo Conass.
- Experiências que não foram encaminhadas à pesquisadora, dentro do prazo estabelecido, ou que não dispusessem de dados suficientes, conforme solicitado no formulário enviado.

Na etapa de triagem de estudos, apenas o título e o resumo das citações foram revisados para evitar desperdício de esforços com artigos que não atendessem aos critérios mínimos de inclusão.

Os estudos foram selecionados após a triagem por título e resumo para revisão de texto completo. Aos que estavam indisponíveis, foi realizada uma busca pelo Portal de Periódicos da Capes e via Programa de Comutação Bibliográfica (Comut) por contato com o bibliotecário das instituições de ensino.

Para o mapeamento dos dados, foi desenvolvido um formulário, destinado ao registro dos mais relevantes e posterior análise, com as seguintes informações: título; autores; ano de publicação ou apresentação; ano de desenvolvimento do projeto ou experiência; fonte utilizada na busca; tipo de publicação; local de publicação ou apresentação; envolvimento da equipe por nível de atenção; população beneficiada; linha de cuidado trabalhada; área de intervenção; atividades/ações desenvolvidas; resultados e/ou efeitos de mudança; potencialidades; limitações/fragilidades; lições aprendidas; e desafios.

Na etapa de análise, os dados foram compilados numa planilha e importados para o Microsoft Corporation Excel 2010® para validação e codificação. Os campos com valores de sintaxe foram examinados em busca de valores plausíveis. Após a substituição dos valores textuais para numéricos, os dados foram exportados para a versão “xlsx”. As estatísticas foram calculadas para resumir os dados e as frequências; e porcentagens foram utilizadas para a descrição e a apresentação dos dados por meio de gráficos e/ou tabelas. Algumas informações de caráter qualitativo tiveram que ser tabuladas “manualmente” para análise e síntese das ideias principais.

CAPÍTULO 3 ACHADOS DA BUSCA

ARTIGOS CIENTÍFICOS¹

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

DESAFIOS E LIÇÕES DE UMA INTERVENÇÃO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Mônica V Andrade, Quênia Noronha, Clareci S Cardoso,
Claudia DL Oliveira, Júlia A Calazans, Michelle N Souza



<https://doi.org/d9ms>

RESUMO

O objetivo foi abordar a implementação do Laboratório de Inovação em Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte, indicando os principais desafios e lições de um novo modelo de condição crônica. Utilizou-se como métodos o estudo observacional baseado em duas fontes de dados: 1) duas pesquisas domiciliares transversais, 2013 (2012 como ano de referência) e 2015 (2014 como ano de referência), representativas de toda a população, e quatro grupos-alvo (mulheres grávidas; crianças menores de dois anos; indivíduos com hipertensão e diabetes); 2) registros médicos de indivíduos que relataram ter hipertensão ou diabetes na pesquisa domiciliar de 2013. Foi realizada uma análise estatística descritiva. Os principais achados mostraram que o sistema público de saúde é o principal provedor de serviços de saúde, principalmente de atenção primária, em Santo Antônio do Monte. Além disso, a implantação do Laboratório de Inovação em Condições Crônicas mostrou a importância da construção de uma rede de Atenção Primária à Saúde em pequenos municípios. Conclui-se que agentes comunitários de saúde e gerentes de saúde desempenharam papel fundamental na rede de Atenção

¹ Para acessar os artigos na íntegra, basta acessar os QR Code disponibilizados ao lado de cada artigo

Primária à Saúde. O estudo de caso de Santo Antônio do Monte apresenta alguns desafios e lições que esclarecem futuras intervenções na construção de uma rede de Atenção Primária à Saúde essencial para fornecer um atendimento adequado e longitudinal às condições crônicas.

ATENÇÃO INTEGRADA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: O LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM CONDIÇÃO CRÔNICA EM SANTO ANTÔNIO DO MONTE

Eugênio Vilaça Mendes, Rita de Cássia Bertão Cataneli, Regina Helena Arroio Nicoletti, Elisandrea Sguario Kemper, Nayara Dornela Quintino, Marco Antônio Bragança Matos, Wilmar Oliveira Filho, Priscila Rabelo Lopes, Raquel de Fátima Teixeira, Roberto Nuño-Solinis and Elena Urizar

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

RESUMO

O crescente fardo das doenças crônicas está desafiando os sistemas de saúde, bem como o desenvolvimento social em muitos países. A integração da prestação de cuidados é uma das principais estratégias para abordar essas questões. A transição para o cuidado integrado requer a capacidade de gerenciar mudança. Este artigo explora a experiência do Laboratório de Inovações em Crônicas Condições no município de Santo Antônio do Monte (Brasil), como promotor e facilitador da mudança para um modelo integrado de cuidados crônicos. O objetivo deste trabalho foi descrever, analisar e extrair lições relevantes dessa experiência sobre o papel de um agente de mudança para: 1) superar os desafios da difusão de inovações de atenção integrada em escala e ritmo; e 2) promover a aprendizagem para a implementação da prestação de cuidados integrados. Após uma descrição detalhada da experiência em si, cobrindo seu contexto, elementos centrais nos diferentes níveis de atendimento e modelo de financiamento, os principais resultados obtidos são apresentados. O artigo termina com as principais lições aprendidas: 1) A experiência do Laboratório mostra que os sistemas de prestação de cuidados de saúde que promovem a aprendizagem inovação são mais flexíveis e mais bem preparadas para enfrentar os desafios impostos por

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://doi.org/d9mz>

um ambiente epidemiológico, demográfico e socioeconômico complexo; 2) o desenvolvimento de redes de saúde requer um modelo sólido e agentes de mudança que apoiem o processo, e enfrentar o desafio da cronicidade é essencial para reforçar a atenção primária, mas não suficiente, pois também são necessários modelos integrados de atendimento.

O PLANEJAMENTO E A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO DF, BRASIL

Maria José de Oliveira Evangelista, Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães, Eliana Maria Ribeiro Dourado, Fabiana Loureiro Binda do Vale, Maria Zélia Soares Lins, Marco Antônio Bragança de Matos, Raquel Beviláqua Matias da Paz Medeiros Silva, Simone Alexandra Schwartz.

RESUMO

O artigo objetivou descrever o planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), na Região Leste, Distrito Federal. Trata-se de um relato de experiência sobre a PAS, realizado de 2016 a 2018. As atividades foram desenvolvidas a partir de um conjunto de oficinas teóricas temáticas, de tutorias realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Os resultados apontam uma melhor organização da RAS, especificamente para a linha de cuidado das condições crônicas, hipertensão e diabetes. Na APS, foram organizados os macroprocessos: territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco, classificação de riscos familiares, diagnóstico local, atendimento por bloco de horas, eliminando filas, entre outros. Na AAE, foi implantado o Ambulatório de Especialidades com a tecnologia de atenção contínua, realizada por equipe multiprofissional para hipertensos e diabéticos de alto e muito risco, estratificados na APS, compartilhando o cuidado. Uma das potencialidades da integração da APS e AAE foi o matriciamento realizado por profissionais da AAE nas unidades laboratórios. A PAS configurou-se um importante instrumento de gestão das RAS.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://doi.org/d9m2>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://doi.org/d9m5>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3fheckE>

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL SECUNDÁRIA NA SESDF

Bruno de Almeida Pessanha Guedes, Fabiana Loureiro Binda do Vale,
Rodrigo Wilson de Souza, Maria Katallini Alves Costa, Sandro Rodrigues Batista

RESUMO

A Atenção Ambulatorial Secundária (AASE) é um tema pouco estudado na literatura, porém, de grande importância no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e na estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Após a ampliação de cobertura da APS no modelo de eSF, por meio do Converte APS, na SESDF, identificou-se a necessidade de organização desse nível de atenção em todo o Distrito Federal. Assim, tem como laboratório a experiência de Planificação da Atenção à Saúde vivenciada em uma de suas regiões, além de todo arcabouço teórico produzido e sistematizado pelo Conass nos últimos anos, assim como experiências positivas em outras regiões do Brasil e de países com sistemas públicos de saúde. Para isso, têm-se como estratégias o diagnóstico e a organização das estruturas físicas, a criação de nível gestor regional da Atenção Secundária, o dimensionamento de pessoal, o desenvolvimento de marco legal para regulamentação do nível de atenção, a criação de marcos técnicos, a regulação das consultas médicas e não médicas nas regiões de saúde; e o matriciamento como estratégia educação, mas também de vinculação entre os níveis de atenção.

USO DE FERRAMENTAS DE GESTÃO CLÍNICA E DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

Estêvão Cubas Rolim, Cristina Lucia Rocha Cubas Rolim, Márcia Neves Ferreira de Souza,
Carlos Eduardo Alves Garcia, Anderson Freire Nobre Júnior, Dayde Lane Mendonça da Silva

RESUMO

Entre as variadas demandas na Atenção Primária à Saúde, os cuidados para condições agudas e crônicas exigem ferramentas para aumento de eficiência de tratamento e maior segurança do usuário e da equipe de saúde. Constitui-se objetivo deste estudo: descrever o desenvolvimento e a incorporação, na rotina do serviço, de ferramentas de gestão clínica com benefício

tanto para usuários quanto para profissionais – Receita Simples, Pasta da Saúde, Prontuário por Idade, Pré-estruturados e Planos de Cuidado. Métodos: a elaboração das ferramentas de gestão clínica foi feita utilizando-se os aplicativos Word e Excel e teve início em fevereiro de 2016, com colaboração de servidores da SES e alunos de graduação de Universidade Federal, especialmente do curso de Medicina, em UBS palco de extensão universitária e laboratório da Planificação – Conass. O compartilhamento é feito por meio de grupos de WhatsApp (“SOS UBS”), e-mail, pasta compartilhada no Google Drive, *pen drive* e, mais recentemente, por pasta compartilhada em rede. Resultados e Discussão: a ferramenta Pré-estruturados refere-se a um formulário editável que dispõem dos principais temas da Atenção Primária, dividido em cinco campos: o primeiro refere-se à anamnese; o segundo, a medicações; o terceiro, a questionários; o quarto, a Mapa de eventos; e o quinto, a orientações ao usuário com linguagem e formato adaptados. A ferramenta Receita Simples refere-se a um modelo visual de receituário para usuários de risco (dificuldade de leitura por analfabetismo, baixa escolaridade ou baixa acuidade visual); com foco em períodos do dia de administração de medicamentos. Esse novo receituário inclui um impresso com separação por períodos do dia e refeições, associando cada liga elástica de cor específica com um determinado período do dia. A ferramenta Prontuário por Idade é um modelo de anotação adequado para queixas específicas ao longo da consulta, algumas com tópicos predefinidos que são de maior prevalência naquela determinada faixa etária e sexo, orientando a anamnese, exame físico e conduta. A ferramenta Planos de Cuidado é um conjunto de projetos terapêuticos montado em pactuação com o usuário e Ambulatório de Atenção Especializada (AAE), com orientações específicas e alvos de tratamento. A Pasta da Saúde é um conjunto de ferramentas clínicas com parte estratégica do conteúdo disponibilizada de rotina aos usuários, com relatórios completos e acessíveis acerca das doenças diagnosticadas e em investigação, medicações em uso e exames complementares, reforço contínuo ao longo do seguimento da importância de ter pasta física para guardar as documentações e sempre portar os impressos relativos a informações de saúde, em todos os níveis de cuidado. Conclusão: a proposta do projeto é sensibilizar profissionais e cuidadores quanto ao desenvolvimento contínuo de novas ferramentas que contribuam para melhor oferta de cuidado. Sistemas que viabilizam melhoria continuada

do serviço são fundamentais. Fatores facilitadores incluíram a parceria com Universidade Federal e Conass.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA TUTORIA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA UNIDADE LABORATÓRIO DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE GOIÁS

Valéria Fernandes Carvalho Costa

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3fdDjoe>

RESUMO

A Planificação da Atenção Primária à Saúde é uma ação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) que pretende problematizar e refletir sobre o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora da rede, por meio de oficinas temáticas, na tentativa de reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF). Para complementar as oficinas de planificação, colocaram em prática a fase teórica baseada na utilização da Tutoria e de um processo de implementação que tem como fase inicial uma unidade laboratório seguida de uma fase de expansão para outras unidades. O processo de tutoria desenvolveu-se por meio do apoio direto aos profissionais e equipes no exercício de suas funções assistenciais e gerenciais. O objetivo é fortalecer as competências de conhecimento, habilidade e atitudes. Este artigo teve como objetivo relatar a experiência da Tutoria da Planificação da Atenção Primária à Saúde e descrever as ações propostas e realizadas em uma Unidade Laboratório de um município do interior de Goiás, na perspectiva de dispersão e/ou expansão da experiência da Unidade Laboratório para outras Unidades de Saúde. Portanto, este estudo se constitui de um relato de experiência vivenciado pela facilitadora e tutora externa do município.

DISSERTAÇÕES DE MESTRADO

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

PLANIFICAÇÃO DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO NA 6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE: ANÁLISE SOBRE A ÓTICA DOS FACILITADORES INSTITUCIONAIS E GESTORES MUNICIPAIS

Severino Azevedo de Oliveira Júnior



<https://bit.ly/2Hi1mW9>

RESUMO

Apesar dos avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde nos últimos anos, ainda é evidente a dificuldade em superar a fragmentação das ações e de qualificar a gestão para o cuidado integral. São várias as iniciativas para a construção de consensos em torno do tema. Dentre elas, destaca-se a discussão sobre modelo de atenção, processo de planificação, organização dos serviços em desenhos de rede tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado. A Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (RN), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, realizou experiência-piloto na 6ª região de saúde do estado, ministrando Oficinas de Planificação da Atenção Primária para estruturação de Redes de Atenção à Saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar os significados e sentidos dessas oficinas, realizadas na Região de Pau dos Ferros, segundo a ótica dos gestores municipais e facilitadores institucionais. O percurso teórico-metodológico pautou-se nos referencias da pesquisa avaliativa responsiva de quarta geração, que identifica as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse, negocia e intervém sobre elas. Os dados foram coletados por meio de questionários, grupos focais narrativos e análise documental. A análise dos resultados pautou-se em uma triangulação metodológica participativa, hermenêutico-dialética. O processo ocorreu concomitantemente à coleta, possibilitando que os resultados fossem apresentados, validados e alterados pelos sujeitos da pesquisa, os grupos de interesse. Os resultados mostraram que há consenso entre os grupos de interesse quanto à importância das oficinas de planificação e ao empoderamento adquirido, gerando capacidade de intervir de forma mais qualificada. A maioria das reivindicações, preocupações e questões

identificadas foram resolvidas, e as que não foram elucidadas, fizeram parte de uma agenda de negociação pactuada para futuras intervenções. Foram identificadas mudanças significativas no contexto sócio-político-operacional de implantação das redes de atenção na região e no estado. Pode-se afirmar que o processo avaliativo de quarta geração possibilitou, além de análise de resultados, mudanças positivas no cenário da Atenção Primária da 6ª região de saúde do estado do RN. O estudo aponta a avaliação de quarta geração como um método de pesquisa importante no campo da análise de qualidade da Atenção Primária à Saúde.

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Taina Nicola

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/3iQiHUd>

RESUMO

As Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde visam aprimorar o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária, formando relações entre os pontos de atenção, a partir das necessidades da população. Não foram encontrados na literatura instrumentos específicos validados para a avaliação desse processo. Assim, os objetivos do estudo foram construir e validar um instrumento para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde e descrever os critérios de construção e validação de conteúdo desse instrumento. Trata-se de um Estudo Metodológico. O instrumento elaborado foi avaliado por um comitê de especialistas utilizando a técnica Delphi, em duas rodadas, por meio de roteiros eletrônicos de avaliação de conteúdo. Para o grau de concordância, foram utilizados o Percentual de Concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Na primeira rodada, participaram seis especialistas, e a Taxa de concordância do instrumento foi 87% para clareza e 94% para representatividade. Na segunda rodada, participaram cinco especialistas, e o IVC foi 0,95 para clareza, 0,97 para representatividade e 0,96 o IVC total. O instrumento final possui 42 itens divididos em três blocos: estrutura, conteúdo e aplicabilidade operacional. Os resultados deste estudo contribuem para a ampliação do conhecimento

na temática. O instrumento de avaliação construído possui validade de conteúdo para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde, sendo uma ferramenta possível de utilização para essa finalidade, principalmente pela gestão estadual e municipal.

TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO

CEARÁ

ORIENTAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES ADEQUADOS COMO MEDIDA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, NA UBS JOSÉ ÓSIMO II, MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

José Mauricio Leite de Abreu Júnior

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema relevante para a saúde pública no Brasil, acometendo jovens, adultos e idosos. Caso não seja tratada, algumas complicações graves podem ocorrer com os portadores dessa condição. No município de Tauá, 6.328 pacientes hipertensos estão cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), dos quais 4.993 (79%) são acompanhados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde. Entre os fatores de risco que contribuem para a elevação da pressão arterial e que são passíveis de mudança, podem-se destacar: obesidade, consumo excessivo de álcool, consumo elevado de gorduras saturadas e alto teor de sódio na alimentação. O enfrentamento desses fatores pela Saúde Pública demanda o desenvolvimento de ações de promoção à saúde com a população. Nesse sentido, o presente Projeto de Intervenção tem por finalidade promover ações educativas acerca das práticas alimentares saudáveis aos pacientes hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde da Família, localizada na Região dos Inhamuns, no município de Tauá-CE, como medida estratégica de prevenção e controle da HAS.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/36TWcJ5>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/35PiOuQ>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/38ZPaVT>

GRUPO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES

Cybelle Vale Pereira Aguiar

RESUMO

O preparo da gestante para o momento do parto é fundamental e deve ser realizado precocemente nos primeiros meses de gestação. Uma equipe multidisciplinar é responsável por orientar especificamente, preparar fisicamente e psicologicamente a mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, assegurando o bem-estar da mãe e do bebê e um parto mais saudável e tranquilo. A educação em saúde é um dos componentes das ações básicas em saúde e tem como objetivos levar à população a reflexão à saúde, adotar práticas para a sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças. A implementação deste projeto de intervenção se deu devido ao fato de que, na ESF Bezerra e Sousa e São Geraldo I e II de Tauá, há um alto índice de cesarianas (56,3%) – observado no período de janeiro a junho 2015. O objetivo é fortalecer um grupo de preparação para o parto para as gestantes acompanhadas por essas equipes de saúde da família. Entendemos que educação em saúde é uma prática social estabelecida por um processo contínuo que contribui para a formação e para o desenvolvimento da consciência crítica das pessoas a respeito de suas necessidades, proporcionando estratégias de enfrentamento para as situações de promoção da saúde. Dessa forma, espera-se a participação de, pelo menos, 80% das gestantes captadas, tendo como resultado um maior preparo para o parto das gestantes que participarão das intervenções nas unidades de saúde trabalhadas.

IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA 14ª REGIÃO DE SAÚDE – TAUÁ/CE

Alzira Maria Tavares Monteiro Araújo

RESUMO

Entende-se por Educação Permanente a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar devem se incorporar ao dia a dia das organi-

zações, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais, a partir da problematização do processo de trabalho, na qual a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) editada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, explicita a relação dos processos de formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde, coerentes com os princípios e diretrizes do SUS; e o seu objetivo é fornecer a adequada base normativa para a organização dos processos de gestão da educação na saúde nas diferentes esferas de gestão. Essa mesma portaria determina que o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde deve ser construído coletivamente pelo Colegiado Interno de Gestão (CIG) com apoio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), a partir de um processo de planejamento das ações de educação em saúde que se inicia nos municípios; e deve ser mantida a coerência com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde. O objetivo desse Projeto de Intervenção é contribuir para a implementação das ações e estratégias relativas à Educação Permanente em Saúde, da 14ª Região de Saúde/Tauá-Ceará. Espera-se que as ações e estratégias de Educação Permanente da 14ª Região de Saúde de Tauá-CE sejam realizadas de maneira sistematizada e contínua, atendendo às demandas dos diversos sujeitos envolvidos: membros da Comissão Intergestores Regional – CIR, membros do Colegiado Interno de Gestão – CIG, membros do Núcleo de Educação Permanente da 14ª Cres e representantes do controle social dos quatro municípios da 14ª Região de Saúde.

SAÚDE BUCAL DO BEBÊ NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TAUÁ/CE: INTERVENÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA INTEGRALIDADE

Maria Ocildeide de Araújo

RESUMO

A cárie de início precoce e a má oclusão são sérios problemas de saúde bucal. A educação em saúde possui papel fundamental na promoção e manutenção da saúde bucal infantil e deve ser realizada por uma equipe mul-

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/3984UWK>

tiprofissional para que o conhecimento seja amplamente compreendido pela população e garanta a autonomia da própria saúde pelos indivíduos. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo a orientação dos pais quanto ao desenvolvimento, crescimento, promoção, prevenção e diagnóstico precoce de enfermidades relacionadas à saúde bucal na primeira infância, por meio de palestras, rodas de conversas e até mesmo no atendimento odontológico, para alcançar uma melhoria dos níveis de saúde bucal na primeira infância na unidade básica de saúde (UBS) da Aldeota I.

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

PROPOSTA DE INSERÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERÁPICOS COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA AOS USUÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BEZERRA E SOUSA NO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Sandra Maria Barbosa de Araújo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3fjAEcU>

RESUMO

A relação entre sociedades humanas e o mundo vegetal é intrínseca à evolução da humanidade. Para a Organização Mundial da Saúde, o uso de plantas medicinais é a principal opção terapêutica, e aproximadamente 65% a 80% da população mundial usam plantas para o tratamento de doenças. Diversos municípios brasileiros vêm incorporando, nas duas últimas décadas, programas de Fitoterapia na APS, com o objetivo de suprir carências medicamentosas de suas comunidades e, assim, melhorar a atenção à saúde ofertada aos usuários da rede pública. O objetivo deste projeto é fomentar a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos aos profissionais e usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bezerra e Sousa no município de Tauá/Ceará. Os sujeitos que farão parte deste “Projeto-Piloto” serão os profissionais da saúde (Médicos, odontólogos, enfermeiras, auxiliar de farmácia, ACS) e usuários vinculados à Unidade Básica de Saúde. As etapas e ações do projeto serão desenvolvidas em seis estratégias: 1. Encaminhar e apresentar o projeto ao Gestor Municipal de Saúde; 2. Qualificar de 100% dos profissionais da ESF; 3. Elencar plantas utilizadas pela população e suas indicações; 4. Promover Educação em Saúde aos Usuários; 5. Elaborar e distribuir cartilhas informativas; 6. Estruturação do Horto didático na UBS Bezerra e

Sousa. Ao final da execução do projeto, serão aplicados questionários com os profissionais e usuários para verificar sua aceitação pela equipe da ESF e o grau de conhecimento adquirido pela comunidade.

PROJETO DE INTERVENÇÃO – ADESÃO DAS PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA AO ACOMPANHAMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALTO BRILHANTE II, EM TAUÁ/CE

Maria Flaviana Gonçalves Batista

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um grave problema de saúde pública, tendo em vista que está diretamente ligada ao aparecimento de outras doenças graves que causam sérias repercussões ao bem-estar das pessoas. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto Brilhante II, verifica-se que a população acometida por essa doença apresenta baixa adesão aos tratamentos e ao acompanhamento com a equipe de saúde. O conhecimento dos hipertensos sobre a patologia e a conscientização sobre o caráter contínuo e de longa duração do tratamento são estratégias fundamentais para a adesão à conduta terapêutica e, conseqüentemente, para o controle do problema. Dessa forma, objetiva-se elaborar um projeto de intervenção para promover a adesão das pessoas com HAS ao tratamento e ao acompanhamento na UBS Alto Brilhante II, tendo em vista organizar uma melhor assistência aos portadores de HAS. As principais ações serão voltadas à qualificação dos processos de trabalho da equipe, bem como ao autocuidado, à responsabilização e autonomia dos pacientes. Espera-se que, a partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção ao portador de HAS passe por importantes readequações, em que a comunidade possa ser mais bem assistida.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/3nH3FSx>



CRITÉRIOS DE RATEIO DE EXAMES DE PATOLOGIA CLÍNICA PARA UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA O MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Andressa Oliveira Braz

RESUMO

O estabelecimento de critérios para a organização do acesso aos exames de Patologia Clínica é particularmente importante à medida que esses exames estão entre os mais necessários e realizados no apoio diagnóstico à prática clínica, com repercussões importantes em termos de cuidados aos pacientes, impacto na saúde e custos para o sistema de saúde. No que diz respeito aos serviços laboratoriais, deve-se buscar garantir a universalidade e a oportunidade

de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários, à integralidade da atenção, à equidade na alocação de recursos e no acesso e à subordinação das diretrizes de política para essa área ao controle social. Em Tauá/CE, levantaram-se alguns questionamentos em relação a esse serviço: será que essa distribuição aleatória de exames de patologia clínica responde às necessidades da população? Os exames agendados dão prioridade para quem mais necessita? Os pacientes que conseguem marcar esses exames realizam e recebem os resultados em tempo oportuno? O objetivo desse projeto de intervenção constitui-se em definir critérios de rateio de exames de patologia clínica do Grupo A para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Tauá. Espera-se que: a gestão do municipal implante os critérios estabelecidos para o rateio de exames de patologia clínica nas UBS; o planejamento para a regulação da oferta seja adequado e mais próximo das reais necessidades; e ocorram de maneira mais justa e equânime.

ACOMPANHAMENTO DO IDOSO EM RISCO SOCIAL DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE TAUÁ/CE

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Deijanira Alves Caracas

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno fisiológico; caracteriza-se por ser um processo progressivo, marcado por alterações biopsicossociais, que variam de acordo com os hábitos de vida e o meio ambiente em que se vive. A vulnerabilidade social é multidimensional e resulta de carências econômicas, sociais, psicológicas, cognitivas ou físicas, tornando-se um risco para a ocorrência de diversas privações. Na década atual, há uma forte tendência de promover as políticas sanitárias que abordam os determinantes sociais da saúde (DSS), definidos como as características sociais dentro das quais a vida transcorre ou como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Dados do DATASUS (2015) evidenciam que o município de Tauá/CE tem um total de 9.448 idosos cadastrados, correspondendo a 17,5% de sua população. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Bezerra e Sousa é composta por três equipes de saúde da família, com o total de 891 idosos cadastrados, sendo que 30 deles foram diagnosticados com algum risco social e são acompanhados pelo serviço social. Nesse contexto, surge a necessidade de acompanhar os idosos em risco social adscritos a essa UBS, intervindo com ações em prol da melhoria da qualidade de vida deles. Atividades de visitas domiciliares, formação de grupo de idosos e práticas educativas com a realização de oficinas serão algumas estratégias utilizadas no projeto de intervenção.



<https://bit.ly/36QRv2I>

PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO – ATENÇÃO EM SAÚDE INTEGRAL DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA TAUAZINHO

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Regina Cláudia Macêdo Castelo

RESUMO

O pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde e identificar precocemente problemas



<https://bit.ly/3nInjO5>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/335xdNA>

que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto, sendo um momento de grande perspectiva e de preparação biológica e psicológica para o parto e para a maternidade. Entre os membros da equipe que realizam o pré-natal, está o odontólogo, que presta atendimento no intuito de oferecer assistência integral às gestantes, parturientes e puérperas, exercendo tratamento quando necessário, mas, principalmente, as atividades de educação e saúde, com enfoque na promoção da saúde bucal. O presente projeto tem o objetivo de ampliar o acesso das gestantes adscritas na ESF Tauazinho 1 – em Tauá/CE –, às ações de promoção, prevenção e recuperação, esperando-se, com isso, qualificar a atenção integral ao pré-natal. O plano de ação detalha, por trimestre, todos os temas e procedimentos odontológicos que deverão ser abordados e realizados na atenção odontológica às gestantes.

AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS ADOLESCENTES AOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE DO DISTRITO DE MARRECAS – TAUÁ/CE

Cláudia Martins Feitosa

RESUMO

A adolescência é uma etapa de crescimento e desenvolvimento do ser humano marcada por grandes transformações físicas, psíquicas e sociais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como instrumento de grande potencial para elaboração, implantação e execução de ações de saúde pública que atendam aos anseios e às necessidades dos adolescentes, fundamentando intervenções que tenham caráter social e coletivo. A maneira como eles serão tratados no atendimento, desde a recepção na Unidade Básica de Saúde (UBS) até a consulta propriamente dita e seus eventuais encaminhamentos, vai definir o vínculo que eles estabelecerão com o tratamento e com a unidade como referência de ajuda e apoio. Na UBS Marrecas, em Tauá/CE, o pouco acesso dos adolescentes aos serviços de Atenção Primária é a realidade, constituindo-se um problema a ser enfrentado, sendo objeto deste projeto ampliar o acesso dessa subpopulação aos serviços de Atenção Primária do distrito de Marrecas. Algumas atividades incluirão: traçar o perfil sociodemográfico dos adolescentes da área de abrangência da equipe; ela-

borar e implantar um programa de capacitação dos profissionais voltado ao atendimento ao adolescente; implantar os protocolos do Ministério da Saúde da área do adolescente; implementar e formar grupos com adolescentes; e estabelecer parcerias com as escolas do Distrito. Espera-se, com isso, facilitar o acesso aos adolescentes e estabelecer vínculo entre os profissionais, bem como à unidade de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO DO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS NO CAPS AD – TAUÁ/CE

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Glaubervânia Moreira Machado Alves Feitosa

RESUMO

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) surgiu como um serviço especializado de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. A missão central do CAPS AD é promover assistência qualificada aos usuários com transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas em um ambiente inclusivo, acolhedor e direcionado à reinserção social destes, bem como o cuidado com as famílias. Dados do CAPS AD em Tauá/CE evidenciam que, até o mês de outubro/2015, 505 prontuários foram abertos para usuários aderentes ao tratamento, no entanto, constata-se que, em média, 50% dos usuários abandonam o projeto terapêutico. É objeto deste projeto promover a adesão ao tratamento terapêutico disponibilizado pelo CAPS AD aos usuários de drogas. Dentre as ações, destacam-se: reunião estratégica com todos os profissionais da equipe CAPS AD, residentes em saúde mental e ACS; curso de habilitação para ser um “Amigo do CAPS AD”; busca ativa dos usuários que abandonaram o tratamento; e curso com base nos quatro eixos de mobilização preventiva aos profissionais e amigos do CAPS AD, CAPS II. Espera-se, ao final de um ano, um aumento significativo no número de adesões aos serviços disponibilizados pelo CAPS AD aos usuários de drogas na área abrangida por essa unidade.



<https://bit.ly/2IUhhLx>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2IUU4sv>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2KsxtnN>

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA DO REGISTRO FISIOTERAPÊUTICO NOS PRONTUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE TAUÁ/CE

Ana Kelly Sales Fortes

RESUMO

A atenção primária é composta por serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; tornando possível atender às condições indispensáveis à saúde da população. A Estratégia Saúde da Família caracteriza-se por uma forma particular, do Sistema Único de Saúde, de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pois se baseia em equipes multiprofissionais. Nesse contexto, este projeto de intervenção objetiva institucionalizar a prática do registro fisioterapêutico no prontuário das equipes de Saúde da Família. Tal como proposto, este estudo de intervenção foi pensado em virtude da inconstância no preenchimento dos registros fisioterapêuticos nas Estratégias Saúde da Família do município de Tauá. Os projetos de intervenção são aqueles que irão orientar uma mudança numa dada realidade, sendo que essa transformação pode ocorrer na estrutura e/ou no processo de determinada situação visando à melhoria nos processos de trabalho. Entre as ações do projeto, além da institucionalização dos registros fisioterapêuticos nos prontuários das equipes de SF, será validado um instrumento que defina a padronização das informações que serão registradas. Espera-se avançar no registro das atividades desenvolvidas pelos profissionais Fisioterapeutas do NASF, inserindo-os no prontuário da família utilizado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

PROPOSTA DE DOCUMENTAÇÃO DOS FLUXOS OPERACIONAIS PARA DESENVOLVIMENTO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DA PESSOA IDOSA

Virna Maria Aguiar Frota

RESUMO

O processo de envelhecimento altera a vida dos indivíduos, bem como dos familiares, e imprime a necessidade da reformulação de políticas

públicas e a distribuição de recursos na sociedade em função da demanda de usuários idosos presentes nesses serviços. Estima-se que, até 2050, o Brasil tenha cerca de 50 milhões de pessoas idosas. A Estratégia Saúde da Família constitui-se um eixo estruturante para reorganização da prática assistencial, imprimindo nova dinâmica nos serviços de saúde, juntamente com o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), e deve considerar a população idosa como prioritária, incluindo-a como foco de suas intervenções. A Política Nacional do Idoso traz em seu âmago o envelhecimento ativo e saudável em todos os aspectos desse ciclo de vida e tem a política de acolhimento e a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa como destaque. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) é um componente potente de um sistema de informação por conter o registro, em computador, de dados clínicos de suma importância à saúde do paciente no período do atendimento, bem como por integrar os diversos serviços e níveis de atenção. Pensando-se que tanto o atendimento dos idosos quanto o registro das informações poderiam ser melhorados é que se propõe elaborar um sistema informacional do tipo prontuário eletrônico como ferramenta de trabalho na atenção primária na saúde do idoso, no Município de Tauá/CE, com projeto-piloto na Unidade Básica de Saúde do Distrito de Santa Teresa. O projeto descreve o fluxo operacional proposto de atendimento ao idoso no SUS, visando ao desenvolvimento do prontuário eletrônico. Espera-se aumentar o acesso resolutivo, com estabelecimento de vínculo, e reorganizar o processo de trabalho em relação ao atendimento de usuários idosos, produzindo uma ferramenta eletrônica, utilizando-se, entre outros, dos dados principais da caderneta do idoso.

CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: USO E PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Mariana Nunes Ferro Gomes

RESUMO

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos. A adequada utilização da CSC pelos profissionais

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/35O4umH>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3kMQJsv>

possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e responsabilização pelas ações de vigilância, no entanto, estudos destacam várias falhas importantes principalmente no seu preenchimento. Os municípios das Regiões de Saúde de Maracanaú (3ª CRES) e Baturité (4ª CRES) no Ceará também vivenciam essa problemática, por isso a necessidade deste projeto de intervenção, que se propõe a contribuir para o fortalecimento da atenção integral à saúde da criança nessas Regiões de Saúde, por meio da utilização adequada da Caderneta de Saúde da Criança. O plano de ação detalha a operacionalização das oficinas que serão realizadas aos profissionais de saúde da atenção básica e maternidades para atingir esse objetivo. Espera-se, ao final da intervenção, que o profissional de saúde esteja apto ao preenchimento e utilização correta da CSC, como fonte de registro e consulta da saúde integral da criança e como instrumento importante de vigilância.

CUIDAR IMPLICA CUIDAR-SE: ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO VOLTADAS PARA OS CUIDADORES INFORMAIS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF ALTO BRILHANTE, TAUÁ/CE

Janaina Cavalcante Gonçalves

RESUMO

O cuidar do outro é uma das práticas mais antigas da história da humanidade, que possibilita assegurar a continuidade da vida. O cuidador informal é uma pessoa da própria família ou não, que desenvolve ações de ajuda e doação a indivíduos naquilo que eles não podem mais fazer sozinhos. O trabalho dessas pessoas tem uma influência grande no processo socioeconômico da sociedade, bem como na melhoria da qualidade de vida de quem está sendo cuidado e, conseqüentemente, no aceleração de seu processo de cura. Ocasionalmente, com o passar do tempo, um desgaste físico e mental muito grande ocorre aos cuidadores, favorecendo um intenso estresse e desânimo, chegando ao comprometimento da sua própria qualidade de vida, tornando-os necessitados também de cuidados. Na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Alto Brilhante, em Tauá/CE, foram identificados,

por ocasião de atendimentos domiciliares, 22 cuidadores constituindo-se um grupo de risco por estarem susceptíveis à pressão emocional, desgaste físico e desorganização pessoal, familiar e social. Tal problema levou à elaboração de um projeto de intervenção, a fim de proporcionar aos cuidadores informais da área de abrangência dessa UAPS um espaço multidisciplinar e intersetorial de cuidados e autocuidado, esperando-se qualificá-los para um melhor atendimento ao enfermo e principalmente ao seu autocuidado.

PROMOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM UM HOSPITAL MUNICIPAL NO INTERIOR DO CEARÁ

Anatália Loiola de Oliveira Lima

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS (1996), as boas práticas devem ser difundidas, conhecidas e apoiadas para melhorar a condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Essa classificação foi baseada em evidências científicas, concluídas por meio de projetos, feitas no mundo todo. Nesse contexto, o presente projeto teve como objetivo geral promover a assistência de boas práticas ao parto normal e nascimento entre as gestantes atendidas no Centro de Parto Normal do Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima, Tauá, Ceará. Pretende incentivar aos profissionais de saúde o conhecimento e a aplicação das ferramentas de boas práticas ao parto e nascimento, realizar educação em saúde com as gestantes atendidas no Centro de Parto Normal, promover a reflexão sobre a importância dos profissionais no momento do parto e do nascimento e proporcionar ações educativas entre os membros da equipe obstétrica e gestantes do referido centro. Acredita-se que a promoção às boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento reflete diretamente na escolha pelo parto saudável e promove a interação entre os profissionais obstetras e as parturientes.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/38ZYVDv>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2ISOpVC>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2KgBiMz>

ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS VIVENDO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO BAIRRO TAUAZINHO, TAUÁ/CE

Fatima Rosângela Carlos Lima

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de alta prevalência, considerada um problema de saúde pública de âmbito mundial devido ao seu risco e dificuldade de controle. Em 2011, no Brasil, havia cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial – 35% da população de 40 anos e mais. Por ser, na maior parte do seu curso, assintomática, seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Na unidade de atenção primária do bairro Tauazinho, em Tauá/CE, foram cadastrados 567 hipertensos, em que 438 (77%) são acompanhados, direta ou indiretamente, pela equipe de saúde da família. A maioria desses hipertensos não realiza nenhum tipo de atividade e tem dificuldade em seguir orientações referentes à dieta e ao uso adequado da medicação. Diante do exposto, elaborou-se uma proposta de intervenção que possa fortalecer a atenção à saúde das pessoas vivendo com HAS na Área de abrangência do bairro Tauazinho, em Tauá/CE. As principais ações viabilizam a promoção do autocuidado apoiado às pessoas vivendo com HAS. Espera-se maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e que possam inserir, nas atividades diárias, hábitos saudáveis que proporcionem melhor qualidade de vida.

CUIDADOS COM A SAÚDE AUDITIVA DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Rafaelle Alves Mota Benevides de Lima

RESUMO

A fonoaudiologia tem procurado ampliar o seu conhecimento, direcionando sua prática em atenção contínua voltada para a recuperação da saúde do indivíduo, contribuindo, assim, para a melhoria das condições de vida da

população. Observaram-se, durante os atendimentos realizados na ESF Ana Alves, localizado no município de Tauá, no interior do Ceará, queixas auditivas relacionadas a pacientes com hipertensão arterial. Esses pacientes, a maioria na faixa etária de 50 a 65 anos de idade, referem sentir dificuldade de escutar, dificultando assim a percepção da linguagem oral e a presença de zumbido constante. Alterações no aparelho circulatório (incluindo a hipertensão arterial sistêmica) podem afetar de várias maneiras o ouvido interno, em virtude, por exemplo, do aumento da viscosidade sanguínea, que ocasiona redução do fluxo sanguíneo capilar, diminuindo o transporte de oxigênio, podendo, dessa forma, levar à hipóxia tecidual, trazendo tanto queixas quanto perdas auditivas aos seus portadores. A perda auditiva gera um impacto funcional no que se refere à qualidade de vida, à função cognitiva, ao estado social e emocional do indivíduo, acarretando, na maioria das vezes, problemas emocionais. Com o aparecimento dessas queixas frequentes, foi vista a necessidade de orientar esses indivíduos no que se refere aos cuidados com a audição, como controlar constantemente a pressão arterial e evitar o uso abusivo de medicamentos, bem como o uso de objetos no interior do conduto auditivo externo e a exposição ao ruído. As intervenções focarão no treinamento da equipe quanto à busca ativa e à abordagem aos pacientes com queixas auditivas, sobretudo os hipertensos, e no encaminhamento à avaliação com o profissional fonoaudiólogo e na realização de exames especializados, quando necessário. Espera-se que, com as atividades desenvolvidas, esses pacientes estejam mais informados e habilitados a cuidar da saúde auditiva com mais clareza e responsabilidade.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA EDUCATIVA E INTEGRADORA

Rejivânia Maria Siqueira Lima

RESUMO

Este Projeto de intervenção, realizado no município de Tauá/CE, foi proposto diante da fragilidade da equipe multiprofissional da atenção primária no que diz respeito às atividades de educação em saúde, principal-

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/3nChRbK>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

mente com enfoque comunitário, percebida por ocasião dos atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II do referido município. O projeto visa realizar um processo de Educação em Saúde nas Estratégias Saúde da Família da Sede do município, com especificidades voltada para informes em saúde mental, tais como doenças, tratamentos, prevenções e demais temas inerentes à Rede Psicossocial, envolvendo um olhar combativo de estigmas e mitos, buscando promover uma pedagogia por meio do conhecimento e informação. A educação em saúde é ação preventiva, e reflete ao sujeito tomar parte de sua autonomia e protagonismo, no que se refere à produção de sua própria saúde. As principais estratégias focarão as salas de esperas das unidades básicas de saúde, com temas alusivos aos processos de adoecimento mental, doenças, tratamentos e prevenções, bem como palestras nos equipamentos das áreas dos territórios, tais como CRAS e Associações Comunitárias. Espera-se que o processo de educação em saúde possa esclarecer à população acerca de temáticas relacionadas às doenças mentais, à contribuição para uma maior interlocução entre as Redes de Atenção à Saúde e à divulgação do trabalho do CAPS II de Tauá.

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/35M8WSI>

PROJETO DE INTERVENÇÃO DE PREVENÇÃO E COMBATE AO USO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES NA COMUNIDADE DE SANTA LUZIA – TRICI

Eloneide Maceda Loiola

RESUMO

O uso e abuso do álcool e outras drogas psicotrópicas pela população brasileira ocorre de maneira constante nas mais distintas classes sociais e idades, estando presente nas diversas regiões do País, configurando-se um sério problema de saúde pública. Na comunidade de Santa Luzia – Trici, município de Tauá/CE, o uso de álcool é uma preocupação constante das famílias, escolas, instituições de saúde e assistência social e da comunidade em geral por afetar de forma considerável os adolescentes e por ser, muitas vezes, o primeiro passo a introduzi-los nas drogas psicotrópicas. Tendo em vista que a adolescência é uma fase que se caracteriza por um conjunto de mudanças físicas, psicológicas, emocionais e sociais, nos quais o jovem ne-

cessita de uma maior atenção para que possa desenvolver-se integralmente, a orientação e o cuidado para evitar vícios tornam-se necessários por parte dos profissionais de saúde, família e educadores. Objetiva-se, portanto, promover intervenções práticas que venham a contribuir de maneira direta, eficaz e eficiente na prevenção/controle do uso de álcool na adolescência. Algumas intervenções incluirão uma análise da situação sobre o consumo de álcool entre os adolescentes, por meio de entrevistas/questionários dirigidos a eles; rodas de conversa e palestras aos pais e adolescentes; ações integradas intersetoriais; e monitoramento da venda de bebidas alcoólicas a menores. Espera-se que os adolescentes possam se perceber como seres capazes de se divertir de maneira saudável, evitando experiências ligadas ao uso do álcool, e que a comunidade local, instituições de ensino, saúde e segurança pública se engajem no controle e prevenção do uso do álcool e qualquer outra droga por adolescentes por meio de orientação eficiente e efetiva.

QUALIFICAR O ATENDIMENTO DOMICILIAR DO FISIOTERAPEUTA PARA USUÁRIOS RESTRITOS AO DOMICÍLIO

Ítalo Alexandrino Gonçalves Loiola

RESUMO

Os profissionais das equipes de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família têm papel fundamental no cuidado contínuo às pessoas. Em algumas regiões do Brasil, existem diversos usuários sem condições de frequentar as Unidades Básicas de Saúde por estarem acamados ou por apresentarem dificuldade de se locomover, de forma definitiva ou temporária, refletindo assim expressiva demanda por cuidados básicos de fisioterapia. Considerando a importância do cuidado contínuo a esses usuários, o projeto tem como objetivo qualificar o atendimento domiciliar do fisioterapeuta aos usuários restritos ao domicílio, tendo por estratégia a capacitação dos cuidadores e sensibilização dos Agentes Comunitário de Saúde nas ações básicas de fisioterapia. A intervenção será realizada na área da Estratégia Saúde da Família de Alto Nelândia, do município de Tauá/Ceará, visando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/2UO3us4>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2ITrvLH>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2HiQoJy>

FORTALECIMENTO DA REDE PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Pollyanna Kirlian Feitosa Andrade Dias Loiola

RESUMO

O presente trabalho refere-se aos benefícios da integração e constituição de Redes de Atenção à Saúde para promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários. Tem como principal objetivo fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Tauá/CE, visando a uma maior acessibilidade da população aos serviços assistenciais em saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde. As estratégias de ação contemplam: conhecer os pontos de atenção da RAPS e socializá-la; sugerir novas possibilidades de atuação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção ambulatorial especializada, promovendo a integralidade do cuidado; efetivar o controle e participação cidadã e elaborar instrumentos de avaliação da RAPS. Entre os desafios abordados, destacam-se os relacionados à integralidade do cuidado nos pontos de atenção da rede, sendo essa “organização de redes integradas” uma estratégia de gestão para qualificar a APS, de forma a coordenar o cuidado e ordenar sua continuidade nos outros níveis de atenção do sistema.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO PARA USUÁRIOS DA REDE LOCAL DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALTO BRILHANTE I E II, TAUÁ/CE

Maria José Gonçalves Mariano

RESUMO

A implementação do acolhimento se deu com o Programa Saúde na Família, que propiciou uma mudança na ambiência do atendimento aos usuários, rompendo paradigmas e buscando a efetivação dos princípios do SUS nos eixos da acessibilidade, integralidade e resolutividade. Nesse contexto, a Portaria 2.488, de outubro de 2011, trouxe o embasamento necessário para o funcionamento da Atenção Primária de maneira coerente com as diretrizes do SUS. Em nosso cotidiano de trabalho na equipe de saúde da família (eSF)

Alto Brilhante I e II, identificou-se que ainda não há acolhimento padronizado conforme especifica a referida portaria e de acordo com as orientações propostas na Planificação da Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, otimizar os serviços de saúde a partir do acolhimento dos usuários da eSF Alto Brilhante I e II, no contexto da rede local de saúde do município de Tauá (CE) é nosso objetivo para esta intervenção. As estratégias de ação utilizadas serão: integrar os profissionais das equipes para participação no acolhimento, buscando melhoria nesse processo de trabalho; e promover interação ativa entre o atendimento por bloco de horas e o cronograma de ambiência humanizada das duas equipes. É importante consolidar o acolhimento para a atenção primária no município, assim, este projeto poderá funcionar como uma proposta-piloto a ser implementada na eSF Alto Brilhante I e II e, posteriormente, ser replicada para as demais Unidades da ESF de Tauá. Espera-se, com a implantação do projeto, melhorar o acolhimento aos usuários das referidas equipes, bem como a satisfação dos profissionais que atuam nessa unidade, associando-se ao Serviço de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde para medir o nível de satisfação dos usuários do SUS na rede local de saúde.

CONTRIBUIÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COLIBRIS EM TAUÁ/CE, INTEGRANDO AS AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE PARA QUALIFICAR A ATENÇÃO À SAÚDE A ESSE GRUPO DA POPULAÇÃO

Marta Núbia de Abreu Medeiros

RESUMO

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno mundial e vem trazendo várias consequências. A tendência crescente da população idosa traz consigo temas emergentes como a violência, sobretudo os maus tratos contra as pessoas dessa faixa etária, o que se configura um grande problema de saúde pública. São expressões dessa violência os atos sofridos no ambiente familiar, o abandono em instituições asilares, a segregação pela idade e a exclusão social, entre outros. A estimativa da população idosa

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/2UHY4yP>



cadastrada nas seis unidades de saúde da sede do município de Tauá/CE é de aproximadamente 2.566 idosos, sendo que, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Colibris, no mesmo município, existe uma população de 435 idosos cadastrados e acompanhados. Nesse sentido, o presente projeto de intervenção tem o objetivo de contribuir para a prevenção da violência contra idosos na UBS Colibris em Tauá/CE, integrando as ações da equipe de saúde para qualificar a atenção à saúde a esse grupo da população. A estratégia de ação envolve o desenvolvimento de grupo operativo com os idosos da área, em que serão trabalhados os temas previstos no Manual do Estatuto do Idoso (2009) relativos aos seus direitos fundamentais. Espera-se a ampliação do conhecimento dos idosos sobre seus direitos em relação aos maus-tratos, dos quais podem ser vítimas.

PROPONDO MAIOR QUALIDADE DE VIDA AO IDOSO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU DIABETES MELLITUS NO TERRITÓRIO ALTO NELÂNDIA – TAUÁ/CE

Antonebia Alves Mota

RESUMO

Este Projeto de intervenção busca elaborar um plano de ação, com estratégias para o cuidado contínuo dos idosos do território Alto Nelândia, da microárea 06, em Tauá/CE, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, trabalhando questões como alimentação saudável, ócio, exercício físico, convívio social e envelhecimento ativo, visando à qualidade de vida do idoso. No primeiro instante, o foco da intervenção será nos idosos portadores de doenças crônicas (64,5% do total de 53 idosos da área de abrangência da unidade), contudo, os demais que se interessarem a aderir às ações também serão contemplados, e funcionará como atividade preventiva e hábito a um estilo de vida saudável. O plano de ação será realizando em encontros quinzenais, com monitoramento e avaliação ao término de cada atividade.

MELHORIA DO CLIMA ORGANIZACIONAL E SATISFAÇÃO NO TRABALHO DOS LÍDERES NO SETOR SAÚDE DO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Cilândia Maria de Araújo Mota

RESUMO

O modelo de Gestão de Pessoas tem como objetivo aumentar a autorrealização e a satisfação do trabalhador, desenvolvendo e mantendo a qualidade de vida no ambiente laboral; além disso, objetiva gerir mudanças e desenvolver políticas éticas nas instituições. O clima organizacional é o ambiente humano dentro do qual as pessoas de uma organização realizam seu trabalho. Constitui a qualidade ou propriedade do ambiente organizacional que é percebida ou experimentada pelos participantes da empresa e que influencia o seu comportamento. Diante das fragilidades encontradas na condução da gestão de pessoas do setor saúde do município de Tauá, no Ceará, sentiu-se a necessidade de elaborar um plano de intervenção dirigido ao grupo de coordenadores e gerentes que compõe o quadro de servidores da Atenção Primária à Saúde do município. O objetivo é propor ações estratégicas para a promoção na melhoria do clima organizacional entre líderes que atuam na Secretaria Municipal da Saúde de Tauá, Ceará. As principais ações incluem o levantamento das demandas e necessidades dos líderes, no que se referem a seu processo de trabalho; instituição do grupo “cuidando do trabalhador”, com a garantia de encontros periódicos; e implantação de um sistema de avaliação institucional. Espera-se obter um diagnóstico que subsidiará o planejamento e a intervenção na gestão de pessoas da secretaria de saúde do município, com melhoria da comunicação interna e do clima organizacional, bem como o aumento da satisfação dos funcionários.



<https://bit.ly/36UdHZN>



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS PACIENTES NEUROLÓGICOS DO BAIRRO TAUAZINHO, TAUÁ/CE: UMA INTERVENÇÃO FISIOTERÁPICA

Diego Feitosa Cavalcante Mota

RESUMO

O Programa de Atenção Domiciliar, desenvolvido por profissionais da Atenção Primária à Saúde e do núcleo de apoio à saúde da família, tem dado assistência a pacientes com condições crônicas que, geralmente, são portadores de doenças neurológicas, como acidente vascular cerebral, ataxia, distrofia, paralisia cerebral, Alzheimer, Parkinson, sequelas de Hanseníase e de acidentes automobilísticos. Nesses casos, a fisioterapia associada aos cuidados médicos é imprescindível para a melhora da qualidade de vida e controle da progressão da doença. A fisioterapia neurofuncional tem como objetivo o diagnóstico e o tratamento das disfunções neurológicas, no intuito de restaurar ou melhorar as funções motoras de coordenação, força, equilíbrio e amplitude de movimento, proporcionando aos pacientes certo grau de independência, dependendo da patologia, e melhora na sua qualidade de vida. Na unidade básica de saúde do bairro de Tauazinho, no município de Tauá/CE, tem-se observado uma demanda crescente de assistência fisioterapêutica às condições neurológicas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. O objetivo deste projeto de Intervenção é proporcionar aos pacientes acamados ou com grandes dificuldades de locomoção, por consequência de distúrbios neurológicos, um melhor acompanhamento por parte da fisioterapia e dos demais profissionais da Estratégia Saúde da Família, buscando restaurar suas funções e/ou minimizar seus agravos. As principais ações contemplam a busca ativa, para identificar e cadastrar todos os pacientes que tenham distúrbios neurológicos e que estejam acamados ou restritos ao lar; e visitas domiciliares, para avaliação dos pacientes e determinação de como será feito o acompanhamento por parte da fisioterapia. Espera-se qualificar a assistência prestada a esses pacientes e alcançar melhores resultados, com a reformulação das agendas de atendimentos e um melhor suporte da gestão com a contratação de mais um profissional fisioterapeuta e garantia regular de transporte.

FORTALECENDO PARCERIAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Francisco Helder Sales Mota

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

RESUMO

As fragilidades na atenção à saúde dos adolescentes nas redes locais de saúde no Brasil são provenientes de fatores que variam desde a ausência de uma efetiva execução das políticas públicas, insuficiência de financiamento mais específico para esta área, até a fragmentação no acolhimento deles nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A promoção da educação em saúde para os adolescentes é um investimento indispensável e está diretamente relacionada com a participação juvenil no exercício da cidadania (protagonismo juvenil), especialmente no fortalecimento dos seus vínculos familiares e comunitários e das ações de prevenção de agravos. É objeto deste projeto desenvolver estratégias que fortaleçam a rede local de saúde do município de Tauá/CE pelo estabelecimento de parcerias intersetoriais e que favoreçam a promoção e o cuidado da saúde do adolescente, especialmente sob a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde. As principais ações incluirão reuniões com profissionais e parceiros, acompanhamento continuado às atividades do “programa saúde na escola”, criação do “espaço dos adolescentes” nas UBS e educação continuada dos profissionais, com base nos quatro eixos da promoção à saúde dos adolescentes. Espera-se mudança na forma de abordagem dos adolescentes, por parte das equipes de saúde da família, acompanhada de melhoria nos indicadores quanto à saúde nutricional, saúde sexual reprodutiva, prevenção de DST/AIDS, uso indevido de drogas e avanço no protagonismo juvenil.



<https://bit.ly/3kfjxT2>

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mírian Mikaelle Machado Mota

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

RESUMO

No município de Tauá/CE, tem havido um aumento do número de jovens usuários de álcool e outras drogas, violência, gravidez na adolescên-



<https://bit.ly/3fluyg4>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

cia, entre outros. Percebe-se uma fragilidade quando se trata de trabalhos voltados para a integração do adolescente com os serviços de saúde, particularmente em relação às ações educativas voltadas para os jovens. Diante dessa realidade, surgiu a necessidade de implantar atividades de educação em saúde na Estratégia Saúde da Família – equipe Ana Alves de Lima –, com vistas a intensificar a busca ativa do adolescente para atividades de promoção, proteção, prevenção e reabilitação em saúde. Os sujeitos da intervenção contemplarão o público adolescente, todos os profissionais que compõe a equipe Ana Alves e a fisioterapeuta, que apoia essa unidade de saúde. Para viabilizar este projeto de intervenção, a sua proposta foi organizada em quatro etapas: sensibilizar a equipe da Estratégia Saúde da Família Ana Alves quanto à importância do trabalho com adolescentes; incentivar os agentes comunitários de saúde a realizarem a busca ativa dos adolescentes para atenção continuada na unidade básica de saúde; promover ações de educação em saúde; e fortalecer o fluxo de atendimento aos jovens. Espera-se ampliar e qualificar a atenção e atendimento ao grupo de adolescentes da área de abrangência da equipe.

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/35PoiG9>

FORMAÇÃO DO ACS PARA A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Lília Maria Gondim Muniz

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, tornando-se um grande desafio para as políticas públicas. Dados da OMS estimam que, até 2025, o Brasil será o sexto país com maior população de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de pessoas de 60 anos e mais de idade. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aponta como diretrizes

a promoção do envelhecimento ativo na sua manutenção e a melhoria daqueles que tenham a sua capacidade funcional restringida. Isso significa investir na prevenção e promoção da saúde; oferecer ao idoso, à família e à comunidade mais saúde e um envelhecimento ativo, com profissionais e unidades preparadas para responder as suas demandas. Destaca-se, na Estratégia Saúde da Família, o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

ao desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares, e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada. Diante desse desafio, este projeto de intervenção tem como objetivo capacitar 157 ACS do município de Crateús, no Ceará, para a atenção à saúde do idoso, sistematizando saberes e fazeres para agir com habilidades e competências ante as demandas do idoso, família e comunidade. A formação dos ACS, com carga horária de 16 horas, contemplará os seguintes conteúdos: Direitos da Pessoa Idosa; legislação; estratégia da Atenção à Saúde do Idoso; idoso frágil ou em situação de fragilização; caderneta de saúde da pessoa idosa; prevenção de quedas; arte de cuidar do idoso; prevenção de úlceras de pressão; dicas para um envelhecimento saudável; atendimento domiciliar e enfrentamento à violência contra o idoso. Espera-se, como resultados, além da capacitação dos ACS, sensibilizar o gestor municipal e técnicos da Coordenadoria Regional de Saúde (Cres) para a saúde do idoso e implementar a sua política no município, com o uso efetivo da caderneta de saúde da pessoa idosa.

ESTÍMULO AO ALEITAMENTO MATERNO COMO PREVENÇÃO DE HÁBITOS ORAIS DELETÉRIOS

Maria Fabíola Batalha do Nascimento

RESUMO

O aleitamento materno constitui a primeira e a principal fonte de alimento da criança, sendo capaz de prover todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento infantil até os seis meses de vida. Na equipe de saúde da Família (eSF) Colibris, no município de Tauá/CE, observou-se resistência das mães em amamentar seus filhos, uma vez que cerca de 74% destas relataram estar fazendo uso de chupeta e /ou mamadeira por ocasião da primeira visita puerperal. A partir do desmame precoce, o bebê passa a adquirir hábitos orais deletérios por meio do uso da mamadeira, chupeta e dedo, que trazem bastante prejuízo à saúde física e emocional da criança. Pelo fato de os profissionais que atuam na atenção básica serem

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/2IUqseX>



responsáveis pelo acompanhamento contínuo do processo de amamentação desde o pré-natal até a puericultura, faz-se necessária a implantação de ações que estimulem e fortaleçam a prática de amamentar. A proposta desta intervenção é melhorar os índices de aleitamento materno exclusivo, reduzindo o desmame precoce em crianças menores de quatro meses na área de abrangência da eSF Colibris em Tauá/CE. As estratégias de intervenção serão direcionadas ao fortalecimento da educação em saúde durante a assistência pré-natal, com foco no aleitamento materno e no estabelecimento de protocolos de visita domiciliar para estimular a prática dele. As atividades contemplarão rodas de conversa e a atenção compartilhada com o profissional fonoaudiólogo durante a puericultura. Espera-se, com este projeto de intervenção, que as ações de educação em saúde propostas na ESF Colibris sejam realizadas de maneira sistematizada e contínua.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS – TRABALHO INTEGRADO PARA UM MELHOR RESULTADO

Karliete Gonçalves Oliveira

RESUMO

Este projeto trata de aspectos relacionados ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate a Endemias, tendo como objetivo geral: desenvolver uma efetiva parceria entre o trabalho dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate a endemias na área de atuação (microárea 4 da secretaria municipal de saúde de Tauá/CE). Configura-se uma pesquisa de natureza qualitativa, em que o método escolhido se caracteriza por um projeto de intervenção, que busca intervir em um determinado problema; e, a partir dele, propõe-se o desenvolvimento de algumas ações. Este trabalho contém algumas reflexões realizadas sobre os principais momentos históricos dessas classes, como seu surgimento, conquistas, entre outros. Destacam-se também algumas análises referentes aos aspectos legislativos deles, seus avanços e retrocessos na lei, aborda-se inclusive sobre as competências desenvolvidas por esses profissionais, considerando-se os aspectos em que suas atividades se integram e se assemelham. No decorrer

do projeto, constata-se que esses profissionais possuem muitas competências nas suas atividades e que muitos são os aspectos em que suas ações se assemelham, no entanto, cada um segue sua rotina de forma individual. Evidencia-se que o desenvolvimento de um trabalho integrado, realizado de forma complementar, proporciona uma boa parceria, com melhores resultados, como a qualidade e a eficiência nas ações desenvolvidas.

O ACOLHIMENTO NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA ALDEOTA I E II NO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Maria Zélia de Souza Pontes

RESUMO

Este estudo objetiva compreender o significado do acolhimento para usuários e profissionais de saúde das Estratégias Saúde da Família Aldeota I e II no município de Tauá/CE. Com base em observações iniciadas em 2013, identificaram-se certos *deficit* no que tange à eficácia do acolhimento nessas unidades. Logo, esse trabalho visará à elucidação da equipe multiprofissional quanto à importância da prática de acolhimento para a efetivação das diretrizes da atenção básica. Assim, almeja-se a fortificação do vínculo funcionário-cliente por meio de gincanas instrutivas pautadas na prática de responsabilização e união da equipe profissional, com o objetivo de humanizar cada vez mais o atendimento e a permanência do cliente na unidade, oferecendo-lhe uma escuta particularizada de acordo com o segmento clínico ao qual pertence, em conformidade com os princípios da ética e do respeito à sua trajetória de vida.

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3nFHeNF>



<https://bit.ly/35Qa6wK>

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA EM TAUAZINHO II, MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Alane de Sousa Rodrigues

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses, complementado até os dois anos de idade ou mais. Seu incentivo constitui-se em uma efetiva estratégia para reduzir os índices de mortalidade infantil, tendo em vista o comprovado efeito protetor do leite materno contra as doenças diarreicas e respiratórias. Dados da Unidade Básica de Saúde de Tauazinho II, no município de Tauá, Ceará, mostraram que, de janeiro a setembro de 2015, o percentual de aleitamento materno exclusivo foi de 57,14%. Os profissionais da saúde têm um papel fundamental no intuito de trabalhar o baixo índice de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, destacando-se, em particular, o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), que, no convívio diário com a comunidade, por meio de visitas domiciliares, constituem-se agentes multiplicadores das informações. Nessa perspectiva, este projeto objetiva trabalhar a problemática do baixo índice de aleitamento exclusivo até os seis meses por meio do desenvolvimento de ações de educação e capacitação das famílias, com a intenção de conscientizá-las sobre a importância do aleitamento materno. As principais atividades do plano consistem em encontros de avaliação semanais com os ACS, realização de palestras, visitas domiciliares e aferição da participação das mães nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Espera-se fortalecer as ações educativas realizadas pelos profissionais e a participação efetiva da população na redução do desmame precoce, contribuindo para melhorar a saúde das crianças da área de abrangência da UBS de Tauazinho II.

FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CUIDADO INTEGRADOS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL EM MORADORES DO DISTRITO DE MARRECAS, TAUÁ/CE

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Janylson Carlos Rodrigues



<https://bit.ly/35KAKXI>

RESUMO

O exercício físico tem sido apontado como uma das principais medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Este projeto de intervenção segue a metodologia da análise conceitual e da revisão integrativa de artigos científicos pertinentes à temática do estudo. Seu objetivo geral é fortalecer as ações de prevenção e cuidado integrados no controle da hipertensão arterial em moradores do distrito de Marrecas, em Tauá/CE, e, a partir de então, conscientizá-los quanto à importância da atividade física e das orientações pertinentes sobre essa morbidade. Como atributos, serão identificados aspectos relacionados ao tipo, frequência, duração e intensidade do exercício físico, para os que já fazem, e/ou analisar a situação de saúde deles quanto à possibilidade de realizarem tal atividade. As estratégias de intervenção contemplarão: o mapeamento dos hipertensos da área de abrangência; a inserção da atividade física no cotidiano dos hipertensos como estratégia de promoção à saúde; e a promoção de ações educativas para controle de condições de risco. Com essa prática, o projeto e os profissionais buscam proporcionar uma melhor qualidade de vida a esses usuários, controlando os níveis pressóricos deles, a partir das intervenções de uma equipe multiprofissional.

PROMOÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO ORAL DOS PACIENTES USUÁRIOS DE PRÓTESE E A MELHORIA NA SAÚDE GERAL

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Jheysson Silva Rosa



<https://bit.ly/390wxdx>

RESUMO

A instalação de uma prótese dentária removível provoca uma alteração na placa bacteriana, aumentando os processos inflamatórios da cavida-

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

de oral, o que implica o paciente ter maiores cuidados com a higienização. As consequências da falta de higienização da prótese são muitas, desde problemas simples, como manchamento, escurecimento da prótese, até problemas mais sérios, como infecções fatais ou até mesmo o câncer de boca. Por ocasião de uma atividade comunitária para prevenção de câncer de boca, observou-se que todos os idosos presentes tinham falhas dentárias, e a maioria era usuária de prótese, sendo a maior parte usuária de prótese total. É objeto deste projeto de intervenção intensificar as ações de busca ativa de lesões de boca em pacientes usuários de prótese total na área de abrangência da equipe saúde da família de Marrecas, em Tauá/CE. As estratégias de ação focarão na conscientização da população sobre a higiene oral, educação em saúde bucal e exame clínico do profissional dentista para diagnóstico de lesões e encaminhamentos necessários. As palestras e o exame da cavidade oral serão as atividades principais deste projeto. Espera-se que os usuários, ao final do projeto, sejam mais informados sobre a importância da higienização bucal e tenham maior adesão ao exame clínico bucal.

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/36Rvyk1>

IMPLEMENTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO ÀS GESTANTES NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

Diego de Matos Sales

RESUMO

Apesar dos avanços observados na odontologia, pouco foi mudado no atendimento a gestantes, sempre prevalecendo a recomendação de adiar o atendimento ou tratamentos, que ainda é uma barreira ante a atenção odontológica durante a gestação. O atendimento odontológico de gestantes é bastante controverso, principalmente em função dos mitos criados, tanto por parte da gestante devido ao receio ao tratamento quanto por grande parte do cirurgião-dentista que não se sente seguro ao realizar alguns procedimentos. Este projeto de intervenção tem como objetivo aumentar a adesão das gestantes ao tratamento odontológico no território da estratégia saúde da família Tauazinho II, em Tauá/CE. Entre as estratégias, busca-se incentivar e conscientizar a equipe de saúde da família e as gestantes, por

meio de palestras, orientações de higiene bucal da gestante, instrução sobre higiene bucal da criança e escovações supervisionadas. O projeto será avaliado por intermédio do monitoramento dos indicadores, comparando-se o número de gestantes atendidas com o número de gestantes cadastradas na respectiva área.

ACOMPANHAMENTO DAS PACIENTES GESTANTES ASSISTIDAS NO CAPS II TAUÁ: SISTEMATIZANDO O CUIDADO

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Maria do Socorro Ferreira Sales

RESUMO

O projeto apresentado faz parte do curso de especialização/aperfeiçoamento em planificação da atenção primária desenvolvido a partir da prática, enquanto profissional de terapia ocupacional no CAPSII no município de Tauá/CE. Dessa forma, traçou-se um plano de ação que mapeasse mulheres grávidas com transtornos mentais, bem como os processos de saúde relacionados com a doença e o período reprodutivo – no que tange à fase gestacional, que percebesse os cuidados específicos diante desse cenário e se potencializasse, no serviço, ações que otimizassem um acompanhamento mais eficaz, minorando os principais riscos de crise à parturiente e ao filho. O Projeto traz um olhar focado no trabalho multiprofissional e em redes de serviço, tendo como objeto de execução prioritário o CAPS II e as Estratégias Saúde da Família. O ponto central do projeto de intervenção é possibilitar uma sistematização das ações, mapear as possíveis grávidas, promovendo protocolos de acompanhamento e manejos dos casos encontrados, permitindo uma visão epidemiológica que insira esse indicador diante das atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial, como os acolhimentos, triagens e acompanhamento profissional individual. Pretende-se implementar um melhor controle das pacientes mentais grávidas e sistematizar as ações a fim de promover um acompanhamento mais específico e intensivo, com intuito de minorar crises nesse período e desenvolver encaminhamentos monitorados das pacientes grávidas no percurso da rede materno-infantil.



<https://bit.ly/332m0li>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/35PmiO6>

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES EDUCATIVAS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COM BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA DO LEITE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BEZERRA E SOUZA NO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Cristina Oliveira da Silva

RESUMO

Este trabalho aborda a questão do programa do leite e sua relevância para a comunidade beneficiada, bem como ressalta a importância nutricional do alimento e das questões sociais desse projeto. A importância do leite como complemento nutricional, dentro do programa alimentar para a população carente e com risco de desnutrição, faz parte de iniciativa governamental, entretanto, mais do que distribuir um complemento alimentar, é importante que este seja realizado de forma orientada por meio de educação em saúde voltada à importância de uma alimentação saudável, a partir da realidade de cada usuário, possibilitando a reflexão sobre o não desperdício de alimentos, receitas com farelos e cascas e alimentos de época. Observou-se, na unidade básica de saúde, que a entrega do leite não obedece a um fluxo de entrega adequado nem contempla atividades educativas. O projeto tem como objetivo implementar ações educacionais em saúde para os beneficiários do “Programa do Leite”, com vista ao estabelecimento do fluxo de armazenamento e acondicionamento adequados e de distribuição, otimizando o tempo e a organização do serviço. Serão utilizadas ações educativas por meio de rodas de conversa, contando com a participação de nutricionista, enfermeira e médico da equipe de saúde da família. Perguntas norteadoras embasarão as discussões em grupo, e uma avaliação oral será realizada após o término de cada atividade. O projeto propiciará, ainda, uma análise sobre os integrantes do programa do leite, possibilitando a inclusão de pessoas que necessitem desse benefício, bem como a exclusão dos participantes que não se incluem nos critérios preestabelecidos.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE NA CONTINUIDADE DO CUIDADO DOS INSULINODEPENDENTES NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA TEREZA, TAUÁ/CE

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Diego Nonato Cordeiro da Silva



<https://bit.ly/378WFaH>

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença crônica, sendo citada entre as dez maiores causas de óbito na maioria dos países. As mortes precoces, geralmente causadas pelas complicações relacionadas a essa enfermidade, poderiam ser evitadas. Objetiva-se, com este projeto, implementar ações educativas com os 22 pacientes insulino-dependentes da área de abrangência da equipe de saúde da família de Santa Tereza, em Tauá/CE, no intuito de promover a autonomia deles e o cuidado continuado dessa patologia. A educação em saúde é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde, que visa atuar sobre o conhecimento e sensibilização das pessoas, para que elas desenvolvam a capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente, criando condições para sua própria existência, sendo de grande relevância no tratamento e na prevenção das complicações, que frequentemente progridem com sequelas, bem como melhorando a qualidade de vida dos portadores de condições crônicas de saúde. As principais atividades constarão de realização de palestras quinzenais com temas variados relacionados a diabetes, rodas de conversa mensal com usuários insulino-dependentes para troca de experiências e esclarecimentos sobre as dúvidas presentes, visitas domiciliares, estabelecimento de fluxo de atendimento na unidade a esses usuários e trabalho articulado com o apoio matricial do núcleo de apoio à saúde da família. A avaliação e o monitoramento do projeto de intervenção se darão a cada seis meses, seja por ocasião das reuniões com a equipe, seja durante as reuniões com o Conselho Local de Saúde.

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2IZJLTC>

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/3lRynb7>

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA MELHOR QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES CRÔNICOS (HIPERTENSOS E DIABÉTICOS)

Jayane Oliveira da Silva

RESUMO

A educação permanente contribui para melhorar a qualificação dos profissionais de saúde e padronizar o atendimento, sobretudo a pacientes portadores de condições crônicas. No caso da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, o acompanhamento na atenção primária favorece que os profissionais de saúde intervenham em possíveis situações de risco na saúde desse grupo populacional. A falta da prática para o seguimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe de saúde da localidade de Trici, em Tauá/CE, demandou a necessidade de implantar a educação permanente em saúde para qualificação desses profissionais na atenção integral e humanizada às pessoas com essas morbidades. Assim, a principal estratégia foi garantir a educação permanente dos profissionais em relação ao manejo dos hipertensos e diabéticos; e, dentre as atividades, destacou-se a elaboração de uma planilha para o registro desses pacientes, evidenciando o perfil de cada um, por microárea. Espera-se que os profissionais implantem a estratificação de risco para o manejo adequado dos pacientes e que haja redução dos episódios de agudização em hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE: ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR O PRECONCEITO E O ESTIGMA

Francisca Maria Rodrigues de Sousa

RESUMO

A hanseníase é um sério problema de saúde pública no Brasil, uma vez que é o segundo país do mundo em número de casos. É uma doença fácil de diagnosticar, tratar e curar, no entanto, quando diagnosticada e tratada tardiamente, pode trazer graves consequências para os portadores e seus

familiares pelas lesões que os incapacitam fisicamente. A magnitude do problema exige que a população seja informada sobre os sinais e sintomas da doença, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo o processo de tratamento até a cura. Os profissionais da atenção primária têm papel fundamental no controle efetivo da doença. No bairro Colibris, em Tauá/CE, havia, no ano 2014, cinco pacientes em tratamento e um caso, que apesar de tratado há vários anos, apresentava sequelas, que necessitavam de cuidados intensivos da família e da equipe de saúde. Diante dessa situação, constitui-se objetivo deste projeto implementar ações de educação e saúde para o controle da hanseníase no território de saúde da Unidade Básica de Saúde Colibri, em Tauá-CE, com vista à redução do estigma e ao diagnóstico precoce. A intervenção se dará por meio de atividades educativas com todos os envolvidos na comunidade e nas escolas, incluindo alunos e professores. Para tal, serão realizadas oficinas, teatro de fantoche e de rua, rodas de conversa e exposição de vídeos como recursos de comunicação. Será adotado também, além dos agentes comunitários de saúde, a prática dos alunos atuarem como multiplicadores na comunidade exercendo a educação em saúde.

PROJETO DE INTERVENÇÃO OUVIDORIA ITINERANTE: A OUVIDORIA MAIS PERTO DO CIDADÃO

Zildene Feitosa

RESUMO

Este trabalho pretende mostrar a importância da “Ouvidoria Itinerante” na instituição pública. Pode-se definir ouvidoria como uma instituição que representa os legítimos interesses dos cidadãos no ambiente em que atua na busca de soluções efetivas. A ouvidoria itinerante é o caminho mais indicado, pois é um instrumento gerencial que mapeia problemas, aponta áreas críticas, estabelece intermediação das relações e promove a interação das gerências. Ouvidoria itinerante do Sistema Único de Saúde (SUS) atua na perspectiva da participação social procurando a melhoria dos serviços

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/2UH80ZE>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/330ehUU>

de saúde. Implantar a ouvidoria itinerante nas Estratégias Saúde da Família (ESF) no município de Tauá – Ceará constitui-se objetivo deste projeto de intervenção. Pretende-se construir espaços de escuta qualificada das necessidades e demandas dos usuários de Tauá no SUS, reforçar o controle social e ampliar a colaboração da população na gestão, difundindo e garantindo o acesso à informação das unidades de saúde para gestores, conselho municipal da saúde e população. As estratégias de intervenção incluirão, entre outras: apresentação do projeto ao secretário municipal da saúde e ao conselho municipal de saúde; capacitação da equipe de ouvidoria, divulgação do serviço de ouvidoria nos meios de comunicação, elaboração de relatórios e análise do nível de satisfação da população. Espera-se, como resultados, a qualificação da atenção prestada pelas equipes de saúde, a resolutividade dos serviços, o aumento de vínculo entre a comunidade e as equipes de atenção primária e o fortalecimento do controle social.

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO TERRITÓRIO ALDEOTA.

Antonia Selma Rodrigues Torquato

RESUMO

Segundo o ministério da saúde (2000), a adolescência é uma fase de transformações profundas no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Uma gravidez precoce ocorre em um período da vida em que o indivíduo está construindo sua identidade. A gravidez precoce é hoje, no Brasil, a maior causa da evasão escolar entre garotas de 15 e 17 anos. Dados da Unesco mostram que, das jovens dessa faixa que abandonaram os estudos, 25% alegaram a gravidez como motivo. Observa-se, ao longo dos anos, na área de abrangência da equipe saúde da família (eSF) de Aldeota – em Tauá/CE, que a gravidez na adolescência tem sido um grande problema, tanto para a adolescente quanto para a sua família, e a própria comunidade. Por enfrentarem esse problema, as adolescentes, na maioria das vezes, ficam agressivas, isoladas, sentem vergonha da gestação e demoram a procurar atendimento médico, além de sofrerem sérias consequências eco-

nômicas e sociais, já que a maioria das famílias do bairro possui um baixo poder aquisitivo. Percebe-se, por meio da eSF, a necessidade de realizar um trabalho preventivo com os adolescentes do território Aldeota, com novas estratégias de trabalho, contribuindo para a redução da gravidez na adolescência. As intervenções se darão por meio de palestras e rodas de conversas com o grupo de adolescentes e envolverá parceria com escolas, associações, centro de referência da assistência social e conselho local de saúde. Como estratégia para envolver um maior número de jovens, será incluído no projeto o grupo de quadrilha “Flor do Mandacaru”, que será convidado a trabalhar o tema na festa junina de 2016. Espera-se contribuir para a redução do índice de gravidez na adolescência e no fortalecimento de vínculo entre os jovens adolescentes, seus familiares e a equipe de saúde.

CONSULTAS DE PUERICULTURA DA ESF VILA JOAQUIM MOREIRA: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO

Aurilene Alves Torquato

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento das crianças por meio das consultas de puericultura é comprovadamente importante para detectar situações que necessitem de intervenção, prevenir agravos e, dessa forma, proporcionar um desenvolvimento adequado em toda a infância. Apesar disso, a adesão às consultas de puericultura ainda não é o desejável. A Estratégia Saúde da Família Vila Joaquim Moreira, em Tauá/CE, tem como principal problemática o acesso, pois existem localidades a cerca de 25 km da unidade, onde não há disponibilidade de transporte público. As mães de crianças que moram nessas localidades acabam não dando continuidade às consultas de puericultura ou até mesmo nem comparecendo ao primeiro atendimento. Para que consigamos alcançar o objetivo de aumentar a cobertura das consultas de puericultura na unidade, é necessário: descentralizar essas consultas para as localidades, facilitando o acesso das mães; envolver outros profissionais nas consultas desde o pré-natal, para que haja a sensibilização das mães; e fortalecer as ações de educação em saúde.

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*



<https://bit.ly/39enCfN>

São ações que estão dentro da governabilidade de qualquer equipe e são capazes de promover uma adesão satisfatória das mães às consultas de puericultura, resultando na promoção da saúde para a criança menor de dois anos com qualidade.

INTERVENÇÕES DE APOIO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TAUÁ/CE: FISIOTERAPIA NO PUERPÉRIO

Leonarda de Sousa Vale Neta

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

RESUMO

A atenção primária prevê a resolutividade das necessidades de saúde que extrapolam a esfera de intervenção curativa e reabilitadora individual, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e educação continuada. No contexto da Atenção Primária, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), atuando de forma compartilhada para superar a lógica fragmentada. O puerpério é o período em que as modificações imprimidas no corpo materno durante a gestação irão retornar ao estado anterior. A fisioterapia é de grande importância para melhor recuperação das mulheres no pós-parto. Seu papel consiste na recuperação, prevenção e tratamento de alterações nos diversos sistemas. O objetivo desta intervenção é implementar a intervenção da fisioterapia no puerpério imediato, tardio e remoto, por meio de ações multidisciplinares para as puérperas atendidas nas eSF Aldeota I e II do município de Tauá-CE. Diversos recursos existem na área, como: técnicas de cinesioterapia e eletroterapia, posturas adequadas e diminuição dos desconfortos musculares. As estratégias principais focarão no retorno das atividades das puérperas, proporcionando conforto e segurança; na importância da amamentação – posicionamento adequado da mãe e do bebê, pega correta; duração e intervalo das mamadas; amamentação exclusiva; e cuidados com as mamas. Serão trabalhadas também orientações da fisioterapia em relação às seguintes adaptações: reeducação da função respiratória; estimulação do sistema circulatório; restabelecimento da função gastrointestinal, promoção da analgesia da região perineal e da incisão da

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2ITB25X>

cesariana; retomo do condicionamento cardiovascular; e reeducação da musculatura abdominal. Espera-se que a inserção do fisioterapeuta, bem como de outros profissionais da área da saúde, aumente a eficácia e a resolutividade dos problemas na atenção primária por meio de uma equipe qualificada e apta a promover saúde.

SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO: ACESSIBILIDADE E CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO GERALDO I

*Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo*

Tathiane Araújo Pedrosa do Vale

RESUMO

A odontologia moderna, cada vez mais, busca promover a promoção de saúde e a prevenção de doenças para mudar o pensamento da população em relação ao modelo curativo. Na gestação, ocorrem alterações biológicas, hormonais e físicas que geram condições desfavoráveis no meio bucal, o que torna as gestantes um grupo de risco para doenças bucais. A grande barreira dessas grávidas em procurar o atendimento odontológico é o medo e o mito de que a anestesia pode prejudicar o feto. O período gestacional é ideal para a promoção da saúde da mãe e prevenção de doenças dos bebês. O presente trabalho objetiva realizar um projeto de intervenção para melhorar o indicador de cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante. Pretende-se alcançar 100% de primeira consulta e tratamento odontológico das gestantes da Estratégia Saúde da Família São Geraldo I, em Tauá/CE. Entre as estratégias de ação, incluem-se: um levantamento de opinião com as gestantes para identificar seus mitos e tabus, associado à resistência de ir à consulta odontológica; elaborar um protocolo odontológico de atendimento às gestantes; e trabalhar em conjunto com os profissionais médico e enfermeiro da equipe, para que, no dia do pré-natal, eles incentivem as gestantes a realizar a sua primeira consulta odontológica. Espera-se melhorar os indicadores de saúde bucal dessa equipe e oportunizar, além do tratamento – quando indicado –, a educação em saúde para gestante, buscando conscientizá-la de que o cuidado de sua saúde bucal é importante para uma melhora da sua própria condição de saúde e a do concepto.



<https://bit.ly/35SZe1b>



<https://bit.ly/2KiP2q6>

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

HÁBITOS BUCAIS DELETÉRIOS: IMPLICAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DA FALA DA CRIANÇA DE 0 A 3 ANOS

Jorge Linhares de Vasconcelos Júnior

RESUMO

Os hábitos bucais deletérios são responsáveis pelos problemas de motricidade orofacial, e a persistência destes ao longo de desenvolvimento infantil pode refletir diretamente no desenvolvimento sensório-motor-oral, craniofacial e funções estomatognáticas. Com isso, as prováveis alterações que ocorrem em uma criança diante de um ou mais hábitos bucais deletérios são determinadas por vários aspectos, tais como: a frequência, a intensidade e a duração de objeto e/ou órgão utilizado e a idade dela na época em que se iniciou/iniciaram o(s) hábito(s). Os aspectos emocionais e psicoafetivos também são fatores desencadeantes ou mantenedores dos hábitos orais, sendo os mais comuns na infância: sucção digital ou chupeta, onicofagia, respiração oral e alterações de fala. Quanto à prevalência, os estudos apontam o hábito de sucção digital ou de chupeta como sendo os de maior incidência, principalmente em crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade. É objetivo deste projeto de intervenção identificar fatores associados a alterações da linguagem oral, com relação às variáveis cultural, familiar, nutricionais e hábitos bucais deletérios em pré-escolares. As estratégias de ação consistem em: conscientizar a importância do desmame dos hábitos bucais deletérios no desenvolvimento da comunicação oral das crianças; mostrar aos pais a relevância do aleitamento materno para o desenvolvimento da fala do bebê; e sensibilizar os pais quanto ao tratamento das crianças com distúrbios de linguagem na infância. Serão realizadas atividades de palestras com os pais, contação de histórias para as crianças – de forma lúdica –, parceria com os profissionais da educação e atendimento fonoaudiológico às crianças detectadas com algum distúrbio de linguagem decorrente ao uso dos hábitos bucais deletérios. Como resultado deste projeto, espera-se reduzir o número de crianças com atraso no desenvolvimento da fala devido ao uso frequente e prolongado de chupeta, sucção de dedo e/ou mamadeira.

ESTRATÉGIAS PARA CAPTAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS PARA PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ALTO BRILHANTE II

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo

Marclenne Fernandes de Oliveira Vasconcelos

RESUMO

A assistência à saúde da criança inicia-se desde a gestação, pré-natal, parto, puerpério até a puericultura, em que a criança precisa ser acompanhada pela equipe de Saúde da Família (eSF), na Atenção Primária à Saúde. A puericultura possibilita uma assistência integral à saúde da criança, identifica precocemente patologias e contribui para melhoria na qualidade de vida e redução da morbimortalidade infantil. O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, duas consultas no segundo ano de vida e, a partir do segundo ano de vida, consultas anuais. Contudo, ainda não acontece de forma efetiva na maioria das eSF, nas quais se observa pouca adesão das mães à puericultura e em que o atendimento se resume apenas às intercorrências ou por outros motivos, que não o acompanhamento e monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de dois anos. Constitui-se objeto deste projeto de intervenção aumentar a cobertura de consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família Alto Brilhante II, no município de Tauá/CE. Entre as estratégias, estão o levantamento para a identificação das crianças menores de dois anos cadastrados na ESF Alto Brilhante II e o estabelecimento do fluxo de atendimento dessas crianças na unidade de saúde. As principais ações referem-se à busca ativa de crianças para o acompanhamento da puericultura, visitas domiciliares, elaboração de planilha para registro das crianças acompanhadas e estratificadas, monitoramento do comparecimento das crianças às consultas e carta informativa dirigida às mães sobre a necessidade e a importância do comparecimento às consultas de puericultura. Com a efetivação da puericultura, espera-se impactar na melhoria dos indicadores relacionados à atenção às crianças menores de dois anos acompanhadas pela equipe de saúde.



<https://bit.ly/3nEbicz>

Acesse pelo
Qr Code ou
link abaixo



<https://bit.ly/2UHrm0C>

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

ADESÃO DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS-II DE TAUÁ/CE

Antonia Aila Chagas Vital

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços criados para serem substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e às antigas formas de contenção aos pacientes com transtornos mentais. São estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental e constituem-se como unidades terapêuticas que trabalham de forma interdisciplinar, tendo como principal foco promover a reabilitação psicossocial de seus usuários. O presente trabalho tem como objetivo identificar fatores que dificultam e facilitam a adesão ao cuidado dos usuários do CAPS-II de Tauá-CE. A intervenção será realizada em três eixos: compreender quais subsídios favorecem positivamente ou negativamente na adesão ao cuidado dos usuários do CAPS de Tauá/CE; refletir experiências, dificuldades e motivações particulares da rotina dos usuários do CAPS de Tauá-CE; e promover ações que fortaleçam o vínculo dos pacientes ao serviço para melhorar a adesão dos usuários aos seus cuidados e divulgar as informações do serviço. As estratégias de ações incluirão a sensibilização dos gestores municipais, coordenação do CAPS-II e os profissionais da saúde, em geral, sobre a importância da permanência e continuidade do tratamento; elaboração e implantação de programa e fichas no projeto terapêutico singular e no prontuário para avaliar se o paciente está dando continuidade aos seus cuidados; e criação de canais de comunicação para divulgação de informações de como se dá o tratamento no CAPS-II para a população.

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS²

CEARÁ

A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA E COORDENADORA DO CUIDADO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE TAUÁ/CE

Izabel Cristhina Jucá Bastos Cavalcante Mota; Marclenne Fernandes de Oliveira Vasconcelos; Filomena Gonçalves Neta; Yure Hermerson Pereira Lima; Fernando Henrique Soares Moreira de Macedo

IZABELCMOTA@HOTMAIL.COM

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Tauá, estado do Ceará, vivencia um novo modelo de organização dos processos de trabalho e da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa experiência iniciou-se em 2014 com o projeto de Planificação da Atenção Primária à Saúde – Paps, que buscou uma nova forma de organizar os serviços de saúde desse município. Desenvolveu-se a partir da realização de 12 oficinas (a 100% dos profissionais das unidades) e da necessidade de experienciar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) em uma Unidade Laboratório para a implantação dos macroprocessos e microprocessos de trabalho, dirigido aos seguintes grupos prioritários: crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos. A organização da população prioritária em estratos de riscos permitiu a definição dos tipos de atenção, bem como a programação da agenda local e da atenção especializada, respeitando os princípios da integralidade e da equidade do SUS. As ações das equipes são baseadas nos indicadores de saúde definidos pela gestão, tais como: ações preventivas para sífilis congênita (implantação de testes rápidos na unidade para detecção precoce de infecção – oferecido às gestantes, durante a primeira consulta de pré-natal, notificação e tratamento em tempo hábil da gestante e parceiro, monitoramento de titulação de VDRL mensal para gestante e trimestral para parceiro, adotando cartão de controle de tratamento e exames); gestantes com vin-

² Para maiores informações acerca das experiências, entrar em contato com o autor principal, por meio do e-mail disponibilizado após os nomes dos autores.

culação à maternidade de referência; grupo de idosos; busca ativa diária de faltosos para vacinas; e estratificação de risco e acompanhamento das condições crônicas de acordo com a parametrização, referenciando para atenção secundária os pacientes de alto risco e muito alto risco. Os principais resultados e impacto foram: organização dos processos de trabalho nas equipes de ESF; estratificação, acompanhamento e monitoramento das condições crônicas, de acordo com a parametrização e a linha guia do cuidado; redução de eventos de agudização das condições crônicas; redução dos números de casos de óbito por doença cardiovascular; organização dos fluxos de atendimento das demandas programada e espontânea; e serviço de qualidade, com maior resolutividade. A implantação desse modelo tem se configurado uma importante ferramenta para o fortalecimento da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado à saúde da população na RAS do município.

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO MACROPROCESSO FUNDAMENTAL PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Anne Evelyn Gomes Serra; Aldenice Marques Lima; Erika Bezerra Oliveira; Maxdjano Cordeiro Rufino; Selma Antunes Nunes Diniz; Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

ANNESERRA14@GMAIL.COM

A organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde deve ser pautada por meio da realidade do território de atuação e sua clientela adscrita. A Planificação da Atenção Primária à Saúde (Paps) visa melhorar a organização dos serviços de saúde a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde, debatendo a realidade atual e planejando ações ajustadas nos desafios locais a serem executadas pelas próprias equipes. O município de Tauá/CE iniciou, em janeiro de 2014, o processo de planificação da atenção primária, tendo a territorialização como o primeiro macroprocesso de intervenção. A reorganização das microáreas e áreas de abrangência foi a etapa inicial para realizar o diagnóstico situacional, a programação da demanda, a agenda local e outros processos de organização do serviço. O processo de territorialização ocorreu no período de agosto a dezembro de 2014, com a participação de todos os trabalhadores das equipes de saúde da família (incluindo os agentes de endemias) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Famí-

lia (NASF), tendo sido realizadas várias oficinas com todos os profissionais para orientação da metodologia do processo. A primeira etapa incluiu o desenho em mapas dos territórios de atuação atual dos agentes comunitários e distribuição demográfica. A segunda etapa foi para a reorganização dos territórios considerando aspectos populacionais, epidemiológicos, geográficos e sociais. Na terceira etapa, houve a delimitação dos novos territórios em um novo mapa; e, na quarta etapa, realizou-se atualização cadastral por meio das fichas de cadastramento do e-SUS. O trabalho resultou em 100% de famílias cadastradas cobertas pelas Estratégias Saúde da Família, com território definido e mapas identificados por microáreas e áreas. Esse processo foi de extrema relevância, pois desencadeou diversos outros, como organização do fluxo da unidade, agendamento da demanda de cuidado continuado, programação para a atenção especializada e definição de exames de apoio diagnóstico, entre outros. O principal desafio foi definir a microárea do ACS (mais próximo possível de sua residência, em um espaço com uma delimitação espacial mais homogênea possível) e realizar esse processo em consonância com os agentes de endemias, associando seu trabalho ao do agente comunitário. A compreensão de todo o processo foi fundamental para o êxito do produto, assim como a construção coletiva das etapas com os profissionais das equipes.

DISTRITO FEDERAL

O MATRICIAMENTO COMO FERRAMENTA PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL

Érica Correia Garcia; José Antônio Barbosa Filho,
Maggie Roxana Antezana Urquidi, Valdemar de Almeida Rodrigues

ERICACG@GLOBO.COM

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são doenças crônicas consideradas grandes problemas de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, morbimortalidade associada a elas, além de suas complicações, com repercussão na perda da qualidade de

vida, produtividade do trabalho e da renda familiar. Em uma década, de 2006 a 2016, houve aumento de 61,8% do diagnóstico de diabetes e aumento de 14,2% de hipertensão no Brasil. Entre os atores que contribuem para o perfil das doenças crônicas na Região Leste, estão idade, condição socioeconômica desfavorável, alimentação inadequada, atividade física insuficiente, fragilidade no enfrentamento sistematizado do sobrepeso e obesidade, falta da educação em saúde aos portadores de doenças crônicas, falhas na formação e educação permanente dos profissionais da saúde e desorganização do sistema de saúde.

Em agosto de 2017, com envolvimento e motivação de toda a equipe, foi inaugurado, na Região Leste do Distrito Federal (DF), o ambulatório de atenção especializada, designado de “Centro de Atenção ao portador de Diabetes e/ou Hipertensão (CADH)”. O ambulatório foi implantado adotando-se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) – adaptado ao SUS por Eugênio Vilaça Mendes, tendo o matriciamento como “carro-chefe” nas intervenções de educação permanente. O matriciamento dava suporte técnico-científico aos profissionais da atenção primária, funcionava como segunda opinião formativa – por meio de comunicação por WhatsApp, promovia discussões de caso e atendimento compartilhado. Os usuários de alto e muito alto risco eram encaminhados ao CADH pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de regulação direta, para o atendimento compartilhado com a equipe de especialistas. As principais intervenções no CADH foram as tutorias da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), conduzidas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), e reuniões regulares com os gestores da Secretaria Estadual da Saúde (SES/DF), com a participação de representantes tanto do nível central quanto regional. Dentre os benefícios da PAS à Região Leste, destacam-se: a implantação de novas equipes de atenção primária, com respectivo aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família; pacientes que evoluíram com grande melhora clínica, com redução de risco em suas estratificações; diminuição das internações por complicações de DM ou HAS; e alcance da meta de controle clínico, nunca antes conseguida pelos usuários. Houve, também, melhora acentuada no manejo dos hipertensos e diabéticos pela APS e redução de encaminhamentos indevidos ao ambulatório. O modelo de saúde planificado – trabalhado em redes de atenção,

proativo, integrado, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e manutenção da saúde – é a resposta, que beneficia usuários e traz satisfação aos profissionais de saúde. O matriciamento foi uma ferramenta muito eficaz para a integração entre a APS e a AAE na Região Leste do DF. Entendemos que o modelo Macc é a solução para o problema das condições crônicas de saúde do nosso País.

ESCOLA DE PACIENTES DF E AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS – UBS LABORATÓRIO DA PLANIFICAÇÃO SES-DF E CENÁRIO DE PRÁTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Estêvão Cubas Rolim; Fernanda Santana, Cristina Rolim

ESTEVAOCUBASR@GMAIL.COM

A Escola de Pacientes DF é estratégia cujas atividades incluem atuação em cenário da Planificação na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – em Itapoã (Região Leste de Saúde) e vínculos com a Universidade de Brasília (UnB). Os pilares da estratégia são padrão de cuidado com segurança clínica e autocuidado apoiado para condições agudas e crônicas. As doenças crônicas trazem grandes impactos em morbimortalidade, especialmente hipertensão e diabetes. No território socialmente vulnerável da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Itapoã, houve parceria do governo local com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) para Planificação da Atenção à Saúde a partir da APS, sendo a UBS laboratório inicial do processo e a população da equipe de saúde da família (eSF) a beneficiada. Modificações no estilo de vida e adesão à farmacoterapia são fundamentais no tratamento, porém a capacidade para o autocuidado é prejudicada por baixos níveis de letramento funcional em saúde. Foram criadas, então, ferramentas para cuidado de condições agudas, crônicas e agudizações das condições crônicas. Os arquivos de texto ficam disponíveis em pasta do Google Drive compartilhada entre os consultórios da UBS, com material técnico e de orientação popular, disponível para profissionais de saúde e alunos. O desenvolvimento das ferramentas se deu em conjunto com múltiplos parceiros, em especial a Secretaria de Saúde do DF, UnB e feedbacks de tutorias

do Conass para matriciamento em cardiologia e endocrinologia. Há destaque para sinais de alarme e orientações específicas de tratamento, investigação complementar e lesão de órgão-alvo. Para alto risco, há acompanhamento conjunto com equipe multidisciplinar do Ambulatório de Atenção Especializada, sediado no Paranoá – também na Região Leste – e elaboração de plano de autocuidado, para atenção compartilhada. Para usuários em risco de erro medicamentoso, foi validada a “Receita Simples” – Técnica Delphi, tema de mestrado profissional na UnB. As ferramentas são desenvolvidas desde 2016, tendo sido usadas para 17.091 atendimentos até outubro de 2019. Com a implantação dessa ferramenta, obteve-se maior qualidade e resolutividade de atendimento, especialmente para hipertensão e diabetes. O encaminhamento qualificado também otimizou o funcionamento em rede e facilitou a coordenação do cuidado. Conclui-se que ferramentas de gestão clínica contribuem para a otimização do cuidado e são especialmente importantes no acompanhamento de condições crônicas. O cenário de laboratório da planificação trouxe aprendizagem valiosa sobre organização de processos na atenção primária. O conjunto de ferramentas da Escola de Pacientes DF se fortaleceu no processo, especialmente para hipertensão e diabetes, com vantagens para abordagens individuais e coletivas. Acadêmicos beneficiam-se pela educação continuada e pela produção científica enquanto auxiliam no sucesso da educação popular.

ESCOLA DE PACIENTES DF E A PASTA-PDF – UBS LABORATÓRIO DA PLANIFICAÇÃO SES-DF E CENÁRIO DE PRÁTICA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Estêvão Cubas Rolim; Fernanda Santana, Cristina Rolim

ESTEVAOCUBASR@GMAIL.COM

A experiência foi desenvolvida no ano de 2016, permanecendo em curso até o momento. A Escola de Pacientes DF é estratégia que atua em padrão de cuidado técnico com segurança clínica e autocuidado apoiado do usuário, por meio de orientações impressas e audiovisuais, tendo atividades em cenário da Planificação da Atenção à Saúde – SES/DF no Itapoã (região

Leste de saúde) e vínculos com a Universidade de Brasília. Especialmente em cenários de vulnerabilidade social e pressão assistencial aumentada, é fundamental haver padrão de cuidados em critérios de avaliação, diagnóstico, tratamento e coordenação de cuidado. Infelizmente, diversos serviços apresentam *deficit* importantes nesses quesitos. Contribuem para esse cenário casos de desassistência prévia por cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS) insuficiente, além de evolução na história natural de doenças gerando complicações a longo prazo, em especial para Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Nesses cenários, a educação permanente (EP) também sofre, em particular, contribuindo para persistência de lacunas de conhecimento com ciclo vicioso de impacto assistencial. Em conjunto com múltiplos colaboradores, o desenvolvimento de capítulos da Escola de Pacientes DF oferece corpo progressivamente mais robusto de ferramentas de gestão clínica para as condições mais comuns em saúde pública, sejam agudas ou crônicas. Os arquivos ficam disponíveis em pasta compartilhada do Google Drive de supervisão – Pasta-PDF, disponível para profissionais de saúde e alunos. Os anexos de supervisão da Pasta-PDF permitem acesso on-line para condições desde hipertensão e diabetes até pré-natal, dispepsia, asma, escabiose e ideação suicida. A impressão gera a Pasta-PDF física, estratégica se impressora for pouca disponível. Referencial teórico inclui Diretrizes e Protocolos do Ministério, Secretária de Saúde e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. A UBS condutora da EP é cenário de ensino e pesquisa da Universidade de Brasília, estando em região periférica do DF. Acadêmicos contribuíram com revisões de literatura e ajustes das ferramentas usadas durante as atividades de preceptorial e docência. O material fica disponível para fins de educação permanente e atuação clínica. Avanços da iniciativa são documentados em produções científicas. Com o uso da Pasta-PDF, há impacto em maior número de atendimentos e resolução de demandas, gerando menor tempo de espera e tempo para demandas administrativas e institucionais. A Pasta-PDF impressa tem relação direta com o acolhimento tático-operativo, operacionalizando a abordagem de demandas para maior acesso e resolutividade. O desenvolvimento contínuo de ferramentas para aumento de resolubilidade e acesso trouxe lições valiosas sobre importância de fluxo de trabalho, pactuação de metas, monitoramento e avaliação. O cenário de laboratório da planificação trouxe ainda feedbacks valiosos sobre alicerces

da atenção primária, fortalecendo processos em curso desde 2016. A Pasta-PDF contribui para a educação popular em saúde e otimiza a abordagem de condições comuns na APS com maior segurança e eficiência. A educação permanente em serviços de APS é desafiadora e prioritária, impactando assistência à saúde e segurança do paciente.

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A EXPERIÊNCIA DO PONTO DE APOIO DO CENTRO DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO E HIPERTENSO (CADH) DA REGIÃO DE SAÚDE LESTE DO DISTRITO FEDERAL

Valdemar de Almeida Rodrigues; Ana Paula Campos Cangussu

VALDEMAR61@GMAIL.COM

O ponto de apoio é um componente que integra o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE), denominado “Centro de Atenção ao portador de Diabetes e/ou Hipertensão (CADH)”, na Região de Saúde Leste do Distrito Federal (DF), e funciona como coordenador do cuidado na lógica da atenção contínua, em que o usuário será atendido em um período do dia por profissionais de diferentes categorias (assistente social, cirurgião-dentista, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e médicos especialistas – cardiologista, endocrinologista, oftalmologista e neurologista). O profissional responsável pelo ponto de apoio é um enfermeiro, mas pode ser outro integrante da equipe, que se articula com os profissionais, recebe as pessoas, verifica se os profissionais e os locais de atendimento estão disponíveis, checa se os exames complementares solicitados estão prontos, orienta os fluxos na unidade, bem como consolida o plano de cuidados proposto pelos profissionais. A proposta de implantar um novo ambulatório com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) surgiu devido ao atendimento ambulatorial especializado tradicional preexistente, que possuía baixa capacidade de atenção e funcionava direcionado para os serviços hospitalares, com baixo vínculo com a atenção primária e atuando sem estratificação de risco. Em meio à limitação da Atenção Primária à Saúde (APS) para resolver situações mais complexas, como o manejo de casos classificados como de alto e muito alto risco, bem como da falta de integração entre as redes de

atenção, fez-se necessária a estruturação de níveis secundários especializados para o atendimento dessa demanda de forma integrada. Toda a equipe de profissionais do CADH está envolvida nesse processo, bem como os profissionais das equipes de saúde da família, que são responsáveis pela estratificação de risco dos usuários encaminhados ao CADH. As reuniões entre a equipe de profissionais do CADH e a gerência de serviços da atenção secundária, bem como com representantes da APS e o apoio tutorial do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), têm permitido o planejamento de ações que buscam superar os problemas identificados. Para a implantação da atenção contínua no CADH, são utilizados formulários e instrumentos que auxiliam na gestão da condição clínica e na comunicação do ambulatório com a APS e com os usuários. A efetivação da atenção contínua no AAE depende do bom funcionamento do ponto de apoio, o qual deve ser ocupado por profissional com competências para lidar com as questões de saúde dos usuários, bem como entender os fluxos internos do ambulatório, a relação entre APS e AAE e o funcionamento da rede de atenção à saúde. O aprendizado tem feito parte de todo o processo vivenciado pela equipe, desde as primeiras oficinas da planificação da atenção à saúde até o momento atual com o apoio tutorial do Conass. A experiência de implantação do AAE iniciada na Região de Saúde Leste já está sendo reproduzida em outras regiões do DF como forma de melhorar o acesso a um atendimento especializado, com qualidade da atenção à saúde e redução dos gastos na saúde pública.

CENTRO DE ATENÇÃO AO DIABÉTICO E HIPERTENSO – CADH (ADULTO E INFANTIL) COMO RESULTADO DA PLANIFICAÇÃO NA REGIÃO DE SAÚDE LESTE DO DISTRITO FEDERAL

**Vanderleia Lauro Veríssimo; Emanuela Vital Campos Fernandes e
Bernadete Furtado Leite Goulart**

GSAS1.LESTE@GMAIL.COM

Em setembro de 2016, iniciou-se, na região Leste de saúde do Distrito Federal, o processo de Planificação da Atenção à Saúde, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A iniciativa consiste em promover a qualificação técnica dos profissionais de saúde e expandir a

cobertura dos serviços, além de melhorar os processos de trabalho. Como resultado do processo de planificação nessa região, destaca-se a implantação do Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso – CADH, com atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) estratificados pela Atenção Primária à Saúde (APS) como alto ou muito alto risco. Os usuários classificados com baixo e moderado risco permanecem sob os cuidados da APS com apoio matricial dos profissionais do CADH, no qual cada profissional auxilia esse usuário no autocuidado apoiado. O projeto requer a mudança do sistema de atenção à saúde (de fragmentado à integrado em rede de atenção à saúde), em que o usuário atendido no CADH retornará à sua equipe de cuidados primários para o acompanhamento permanente, de forma compartilhada com o CADH, ao qual estará vinculado para as consultas subsequentes. Destaca-se, ainda, a comunicação entre esses dois níveis de atenção garantindo o cuidado integral desse indivíduo. O atendimento no CADH é realizado, conforme o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc), por equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por endocrinologista, cardiologista, nutricionista, psicólogo, assistente social, oftalmologista, neurologista, cirurgião-dentista, enfermeiro e técnico de enfermagem. Os atendimentos são organizados com utilização de novas tecnologias de atenção às condições crônicas, com novo formato de prática clínica – a “Atenção Contínua”. Na atenção contínua, o atendimento ocorre de forma sequenciada pela equipe multidisciplinar em um mesmo período (matutino ou vespertino). O produto da atenção contínua é o plano de cuidado. A participação proativa do usuário na elaboração do plano de cuidados caracteriza fator essencial para a gestão da sua condição de saúde. Pacientes estratificados com alto e muito alto risco são encaminhados para agendamento do atendimento no CADH conforme ordenação da APS. Um ano após início dos atendimentos do CADH adulto, foi implantado – no mesmo espaço físico – o ambulatório especializado para atendimentos das crianças hipertensas e diabéticas, sendo denominado Centro de Atenção ao Diabético e Hipertenso Infantil – Cadhin. O atendimento também é realizado de acordo com o Macc, seguindo a mesma tecnologia de atendimento, com atenção contínua a esses pequenos usuários. Até novembro de 2019, estavam vinculados ao CADHIN 45 usuários. Destaca-se que, após um ano de seu funcionamento, o número de internações de crianças por descompensação do diabetes foi de apenas um usuário, ainda no início de

seu ingresso ao novo serviço. isso foi possível dado ao atendimento multiprofissional e interdisciplinar, que promove mudanças de estilo de vida, prescreve terapia farmacológica quando indicada, avalia o controle metabólico – reduzindo os riscos de complicações crônicas –, fornece educação continuada apropriada para as crianças/adolescentes, família e cuidadores, com a avaliação e acompanhamento do crescimento e puberdade desses pacientes. No final de cada atendimento, é elaborado um plano de cuidados, após discussão com a equipe e pactuação com o usuário/responsável, para que o paciente, sob a supervisão e apoio da atenção primária, faça parte desse processo para o sucesso de sua adesão e tratamento.

USO DE TECNOLOGIAS LEVES PARA ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES A PARTIR DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Thais Garcia Amâncio e Fernanda Santana Gonçalves

THAIS.NAISI@GMAIL.COM

Uma equipe de saúde da família enfrenta inúmeros desafios. O maior deles é o conhecimento do território, identificação da população, dos grupos de risco e dos casos que necessitam da gestão da clínica. Este trabalho trata da gestão dos casos de hipertensão e diabetes de um território em Itapoã/DF. No final de 2017, nenhuma pessoa com hipertensão e diabetes acompanhada por nossa equipe tinha estratificação de risco e não havia sistematização da assistência prestada. O conhecimento quantitativo dessa população se dava por avaliação manual dos cadastros no papel e em uma planilha à qual somente um membro da equipe tinha acesso. Não havia conhecimento qualitativo. Com a planificação da atenção à saúde e a implantação das diretrizes clínicas, cada membro da equipe passou a ter um papel definido na gestão do cuidado, e adotaram-se várias estratégias para o enfrentamento do problema, tais como: instituição do grupo semanal de hipertensão e diabetes; elaboração de uma planilha de monitoramento dos usuários e de uma pasta com o instrumento de estratificação de risco, da avaliação e da pactuação de autocuidado de cada usuário; e sistematização do roteiro de atendimento, com

uma padronização estabelecida. Com um ano de implantação das medidas, observaram-se grandes mudanças em relação ao número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e estratificados: em outubro de 2018, havia 48 usuários cadastrados na unidade e nenhum estratificado; em dezembro de 2019, havia 239 usuários cadastrados e 153 estratificados – correspondendo a 64%. Além do melhor acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes, houve a organização do fluxo de encaminhamento para a atenção ambulatorial especializada, fortalecimento do trabalho em equipe e profissionais envolvidos com o cuidado desses usuários. Foi visível que o trabalho em equipe, o planejamento e o monitoramento das ações e dos usuários agregaram qualidade na assistência. Além disso, foi vivenciado que o processo de aperfeiçoamento é dinâmico e há muito a ser feito, para que mais usuários atinjam a meta terapêutica. O grupo de diabetes e hipertensão e a sistematização das ações são importantes na melhoria do acesso, vinculação, acompanhamento e oferta de orientações, que muitas vezes não conseguem ser feitas em consultório. A realização do autocuidado apoiado está em processo e exige ainda mais treinamento e organização da equipe.

ADEQUAÇÃO DOS FLUXOS DE ATENDIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº 3 DO PARANOÁ PARQUE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jaqueline Mendes Nardelli, Jessica Amaral, Caio Alencar, Renan Lyra, Maiara Maia, Luciana Maciel e Alyne Milhomem

JAQUINARDELLI@GMAIL.COM

A Portaria de Consolidação nº 1/2017 do MS estabelece como direito a pessoa ter atendimento adequado, ágil, com qualidade e continuidade, fazendo-se necessário maior atenção aos fluxos da unidade, a fim de identificar os fatores que vêm influenciando na demora do atendimento ao usuário. Na Unidade Básica de Saúde 03 (UBS 3) do Paranoá Parque, no Distrito Federal, a demora do usuário para atendimento e a desorganização dos fluxos eram um sério problema. De acordo com dados levantados na unidade, o tempo de espera dos usuários para atendimento em maio de 2019 era, em média, de 70 minutos. A demora era influenciada por desarranjos nos fluxos

de demanda espontânea e consultas agendadas. O problema e as propostas de mudanças dos fluxos estiveram em pauta durante as reuniões do Colegiado Gestor, sendo aprovada a elaboração de novos fluxos, que foram adotados por todos os profissionais da UBS. Foram implantadas mudanças na rotina da recepção e acolhimento, a partir da inserção dos usuários de demanda espontânea no e-SUS e sinalização dos pacientes agendados nesse sistema, dispensando a necessidade de passagem na triagem. Além disso, houve mudança na organização de distribuição da demanda espontânea na unidade, com a utilização do livro de registros, que favorece a igualdade na distribuição dos atendimentos de demanda espontânea por profissional, visando não os sobrecarregar, já que a UBS estava com equipes incompletas. Essas medidas provocaram mudanças tanto no tempo de espera para atendimento quanto no tempo de permanência do usuário na unidade. O levantamento do mês de maio apontou que os usuários permaneciam na unidade 103 minutos em média, já no mês de agosto, o tempo médio de permanência foi reduzido para 66 minutos. O tempo de espera dos usuários para atendimento em agosto passou a ser de 20 minutos. Ressalta-se que não houve redução no tempo de consulta no período dos levantamentos. Assim, os resultados apontaram para: menor tempo de permanência dos usuários na unidade; melhoria do acesso ao serviço; e organização igualitária da demanda de atendimento para os profissionais de nível superior. Essa experiência ressaltou a importância de estruturar melhor os fluxos na unidade, visando aprimorar a qualidade do atendimento ao usuário. Além disso, uma tomada de decisão coletiva possibilita maior adesão às mudanças propostas.

PLANIFICAÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 03 DO PARANOÁ PARQUE ATRAVÉS DA TUTORIA DO CONASS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE

Cássio A. Coelho, Maiara A. Maia, Natacha O. Hoepfner

CASSIOALVES48@HOTMAIL.COM

O trabalho foi desenvolvido com a implantação da Planificação da Atenção à Saúde na Unidade Básica de Saúde 03 (UBS 3) do Paranoá Par-

que. A UBS foi inaugurada em 2018, em um espaço provisório localizado fora do território adscrito. Dentre os problemas identificados pelos residentes e gerência da UBS, destaca-se a necessidade de maior compreensão da realidade da unidade, do território, dos fluxos e processos de trabalho, além da percepção de usuários e servidores, pois não havia informações suficientes devido ao pouco tempo de funcionamento da UBS, à localização fora do território adscrito e à insuficiência dos agentes comunitários de saúde atuantes. Durante o processo de aplicação dos instrumentos, houve envolvimento de toda a equipe de profissionais da UBS, contribuindo com as informações necessárias para a coleta de dados, além de proporcionar espaços de trocas de experiências e maior compreensão da complexidade dos processos de trabalhos da unidade, possibilitando a elaboração de estratégias para a ampliação das ações da planificação. Entre as estratégias de melhoria dos serviços na UBS, estão a avaliação dos fluxos dentro da unidade, o levantamento das perspectivas e sugestões dos usuários e servidores, além da adequação da estrutura da unidade, de acordo com as normas preconizadas, e da sala de vacina por se tratar de uma das principais demandas da UBS. Para atender aos requisitos necessários, foi realizado, a partir das tutorias do Conass, o planejamento para a aplicação dos instrumentos que foram adaptados ao cenário da UBS. Entre eles, o mapa de fluxos e ciclos de atendimento, os questionários de satisfação dos profissionais e usuários, o instrumento de ambiência e o checklist da sala de vacinação. A análise dos dados coletados possibilitou uma visão baseada na compreensão dos micro e macroprocessos que envolvem a organização dos serviços na UBS, além de proporcionar recursos para o desenvolvimento de estratégias visando à busca por maior qualidade e segurança dos serviços prestados e sua adequação às diretrizes da APS. Houve maior conhecimento da gerência sobre a unidade, em relação à compreensão das implicações dos fluxos da unidade nos processos de trabalho, da percepção dos usuários e servidores sobre os serviços, da estrutura disponível e a sua adequação às normas e do desenvolvimento adequado do Programa Nacional de Imunização. A partir da experiência das demandas levantadas e problemas identificados, percebe-se a necessidade de priorização na elaboração, implementação e divulgação das ações de planificação, visto que a APS, enquanto porta de entrada ao sistema de saúde, deve ser resolutiva à maioria dos problemas de saúde da população. A

implementação de ações da planificação, enquanto instrumento de gestão e organização da APS, possibilitou o levantamento de dados relativos às demandas da unidade que subsidiaram o planejamento de ações voltadas para o desenvolvimento de competências, conhecimentos, habilidades e atitudes para a organização e qualificação dos processos na UBS.

A INSERÇÃO DE RESIDENTES DE GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 01 DE SÃO SEBASTIÃO

Cássio A. Coelho; Maiara A. Maia; Natacha O. Hoepfner

NATACHA.OH@HOTMAIL.COM

A prática do acolhimento é uma importante ferramenta para o processo de trabalho das equipes de saúde da família. Essa ferramenta de abordagem ao indivíduo, família e comunidade demanda capacitação dos profissionais da unidade, de forma que todos sejam aptos a realizar um atendimento resolutivo e de qualidade aos usuários. Um dos principais problemas identificados na Unidade Básica de Saúde 01 (UBS 1) de São Sebastião/DF consiste na dificuldade em promover acesso aos serviços de forma equânime, em busca de prestar um atendimento resolutivo, que impacte na saúde da população, e torne o usuário como protagonista em sua saúde. A sobrecarga do serviço está relacionada à numerosa população adscrita, em um vasto território urbano e rural. Ademais, a complexidade na gestão dos fluxos na unidade provoca filas e longos períodos de espera, restrição no atendimento às demandas espontâneas, agendas lotadas com reagendamentos constantes e alta taxa de absenteísmo dos profissionais. Residentes de Gestão de Políticas Públicas para a Saúde, vinculados à Fiocruz Brasília, foram inseridos em equipes de Saúde da Família da UBS, a fim de, assumindo os acolhimentos, prestar o serviço de atendimento à população. Essa imersão nas equipes proporcionou espaços de trocas de experiências e compreensão da complexidade da gestão dos fluxos da unidade, possibilitando a elaboração de estratégias para a concretude dos processos de planificação.

Buscou-se atuar na redução de filas e do tempo de espera, na prontidão da oferta de informações, na ampliação do acesso e no atendimento acolhedor e resolutivo com base em critérios de risco, escuta qualificada, encaminhamento responsável e a garantia dos direitos dos usuários. Uma estratégia para a melhoria do acesso na UBS é a avaliação das demandas que chegam à unidade. Assim, foi realizada a aplicação do “Instrumento de mapeamento do acolhimento”, do Conass, para avaliar as demandas recorrentes e desenvolver uma estratégia de capacitação que atenda às necessidades do serviço. Ademais, foi realizada a avaliação da atuação dos residentes pelos servidores. A inserção dos residentes no acolhimento promoveu reforço da atenção primária como porta de entrada e de contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. A experiência exitosa e a coleta de dados possibilitaram a elaboração de estratégias de intervenção visando melhorias na prestação de serviços nos acolhimentos de todas as equipes da Gerência de Serviços da Atenção Primária 01 (GSAP 1). Foram identificadas como principais demandas da UBS a procura por serviços como agendamento de consultas, informações e demandas espontâneas agudas. Com base no levantamento de demandas e identificação de problemas, percebe-se a necessidade de priorizar, na Planificação, a organização dos processos de acolhimento e recepção, visto que correspondem ao contato inicial do usuário com a APS dentro da Unidade Básica de Saúde.

ESPÍRITO SANTO

O PAPEL DA REGIONAL DE SAÚDE NA ORGANIZAÇÃO DA REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Gilcilene Pretta Cani Ribeiro

GILCILENEPRETTACANI@GMAIL.COM

Pretende-se, com este trabalho, apresentar o papel da regional de saúde na organização da Rede de Atenção, referente ao Processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) implantado na região Norte do Espírito Santo, composta por uma população de 425 mil habitantes e por 14 municípios, com maiores distâncias à capital Vitória e com grandes vazios assistenciais.

A autonomia da regional de saúde, a existência de um Plano Regional de Intervenção (PRI) e de um centro de consultas e exames especializados recém-inaugurado (Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar), a decisão política em mudar o modelo de atenção (agenda prioritária tanto do Governo de Estado, quanto da Secretaria Estadual da Saúde – SESA), a adesão dos prefeitos – organizados em consórcio – e a parceria e o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na região constituíram-se potencialidades à implantação da PAS. Os processos de trabalho da regional foram pactuados na Comissão Intergestora Regional (CIR) e consistiam-se, principalmente, em: articulação com os prefeitos e gestores da saúde; elaboração dos instrumentos de tutoria; acompanhamento nas tutorias e monitoramento dos planos de ação da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); participação nas reuniões do Grupo Condutor Regional da Planificação; discussão dos protocolos clínicos da região; reunião com as centrais municipais de regulação; e organização e condução dos seminários da Planificação para avaliação e apresentação de experiências exitosas. Os avanços obtidos com a PAS ocorreram na governança regional, superintendência regional, região de saúde e em nível municipal. Dentre eles, destacam-se: remodelagem da rede de atenção à saúde regionalizada; melhoria na tomada de decisão da CIR; integração entre as equipes municipais e SESA – nível central e regional; implantação do painel de bordo para monitoramento dos indicadores da região de saúde Norte; implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc); construção conjunta de fluxos dentro da RAS; sistema de informações integrado; equipes da APS realizando manejo clínico de diabéticos e hipertensos; identificação de mais de 50% da população hipertensa e diabética, com 95 % deles estratificados; fortalecimento da APS; e expansão da planificação para todas as regiões de saúde do Estado. Como desafios, temos: a garantia da continuidade do processo; institucionalização do Macc; rever modelo de financiamento da Unidade Cuidar Norte; manter a integração e a articulação dos prefeitos e secretários; concluir o sistema de informatização para todos os municípios; implantação da Política de Educação Permanente e implantação do Transporte Sanitário Regional, bem como do monitoramento e avaliação da RAS.

REDE CUIDAR – A NOVA SAÚDE PÚBLICA CAPIXABA

Gilcilene Pretta Cani Ribeiro; Fabrícia Forza, Francisco José Dias, Gilcilene Pretta Cani, Jair Ferraço Junior, Luciene Cardozo, Luana Freire, Luciléia Eller, Osvaldo Fernandes de Oliveira Júnior, Ricardo de Oliveira.

GILCILENEPRETTACANI@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A experiência desenvolvida no ano de 2016 a 2018 foi implantada nas quatro Regiões de Saúde do estado do Espírito Santo e permanece atualmente. Com objetivo de provocar a mudança do atual sistema de saúde e diante da atual situação epidemiológica do estado – com forte predominância (70%) das condições crônicas de saúde na população Capixaba –, a Secretaria de Estado da Saúde (SES) optou por adotar o novo modelo de atenção às condições crônicas de saúde, proposto pela Planificação da Atenção à Saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Essa decisão contou com o envolvimento de gestores municipais, equipes de profissionais de saúde, equipes técnicas estaduais (nível central e regional) e municipais da saúde, equipe técnica da Superintendência Regional de Saúde do Norte, Consórcio Público da Região Norte/CIM Norte, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, além de apoio de vários parceiros municipais e estaduais. Inicialmente, desenvolveu-se a Planificação na Região de Saúde Norte e, posteriormente, nas demais regiões de saúde, Central, Metropolitana e Sul, para organização da Atenção Primária em Saúde (APS) integrada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). As principais metas da proposta eram: reduzir a mortalidade e complicações preveníveis; melhorar a qualidade de vida dos usuários; facilitar o acesso, evitando seus deslocamentos para a Grande Vitória; e reorganizar de forma integrada, a APS e AAE. Em setembro de 2017, foi realizada a primeira entrega para a sociedade da Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Norte, beneficiando, inicialmente, a população da Região Norte, composta por 14 municípios e 425.796/hab. Os benefícios foram: saúde mais perto do cidadão, estratificação de risco, garantia da consulta com a equipe especialista multidisciplinar, exames de apoio de imagem e diagnóstico no mesmo dia, completando um ciclo de atendimento contínuo, conforme previsto nas linhas de cuidado prioritárias (Diabetes, Hipertensão, Mulher e Criança e Oncologia). Muitos efeitos de mudança foram observados: houve a consolidação da identidade regional;

fortalecimento das estruturas de governança; interação e integração entre as equipes de atenção primária e a atenção secundária; conhecimento e capacitação das equipes em serviço, ensino e aprendizagem; construção coletiva e tripartite, a várias mãos; conquista de parceiros; qualificação de mais de 20 mil profissionais de saúde; organização da atenção primária, melhorando os macros e microprocessos; e fortalecimento da governança regional. Foi necessário estabelecer forte movimento de construção política, especialmente entre os prefeitos capixabas, com a finalidade de gerar a sustentabilidade política do projeto. A forma como a Região de Saúde Norte planejou e organizou seus processos de trabalho a tornou “região laboratório” dentro do Estado. A partir de dezembro de 2017, as outras três regiões de saúde passaram a adotar a mesma metodologia, replicando a estratégia da Planificação da Atenção à Saúde em 100% do território Capixaba.

CARTA DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE DO ESPÍRITO SANTO – UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA E VALIDADA

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha; Ana Frechiani Herzog, Andrenilton Miranda Pereira, Cleimara Ferreira de S. Angeli Gagno, Cirlene Souza Reis, Edneia Salomão Andrade, Fernando Roberto da Silva, Gilcilene Pretta Cani Ribeiro, Jean Eduardo Matachon, Leila Machado Carvalho Baltar Rodrigues, Leonardo Costa Barbosa, Rita de Cássia S. Costa Santa Ana, Ruskaia Heringer Rosário Poyares, Zuleide da Penha M. Bada

ANAEROCHA@UOL.COM.BR

Contexto: A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), por meio da Superintendência Regional de Saúde Norte e com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), desenvolveu o processo de Planificação da Saúde (PAS) da Região Norte do Espírito Santo (ES) envolvendo 14 municípios. O objetivo foi organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantando os micro e macroprocessos na Atenção Primária e integrando-a com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) na “Unidade Cuidar” de Nova Venécia, adotando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc). Foram envolvidos 38 profissionais dos municípios e da SESA (nível central e regional), que se colocaram à disposição como facilitadores e tutores, porém, com andamento do projeto, esse número aumentou para um total de 138 profissionais. Muitos atores envolvidos na planificação, por vezes, diante

da dimensão do processo, sentiam necessidade de saber qual o seu papel nessa construção coletiva e serem motivados constantemente para a continuidade do processo. O problema descrito acima e a proposta de intervenção (oficina) foram discutidos no Grupo Condutor Regional, inserido no Plano de Ação e discutido e aprovado em Reunião de CIR Norte. Foi realizada, nos dias 2 a 4 de outubro de 2017, na cidade de São Mateus/ES, a “oficina de integração e auto percepção – a construção dos sujeitos, saberes e práticas”, sob a condução da facilitadora do Conass visando à construção de consenso e de identidade ao movimento da PAS na região. A proposta da oficina contava com um momento de validação realizado na Superintendência Norte (com representante da gestão de pessoas do nível central e das regionais Norte e Central). Foram realizadas todas as vivências previstas na oficina relacionando-as com os conteúdos teóricos abordados e os produtos esperados. Foram pontuados três espaços: espaço Macro (SUS, sua história, constituição e construção); espaço Meso (modelos de assistência e movimentos ideológicos da saúde e seu reflexo na formação profissional) como constituinte dos sujeitos da saúde e do espaço que as SMS ocupam no sistema; e no espaço Micro, envolvia a construção da “casinha da APS” como imagem objetivo da PAS. Os produtos esperados seriam o esboço da Missão, Visão e Valores da SMS; discussão do que não se conseguia enxergar (cegueira situacional) e quais os limites que se impunham (amarras ou crenças limitantes); e, como produto, o esboço da carta compromisso para a saúde da região construída coletivamente a partir dos sentimentos e aspirações dos participantes. Depois desse momento, na sede da regional Norte, aconteceu a oficina com os municípios seguindo o roteiro estabelecido. Os municípios presentes elaboraram sua Missão e Valores. Os painéis apresentados pelos grupos traduziram uma percepção de saúde ampla, e a responsabilidade em promover, proteger e atender a população nas suas necessidades de saúde com base na PAS. A reflexão “como era antes e como deve ser agora?” evidenciou os desafios de colocar o paciente/usuário/consumidor no fluxo de atendimento; que as possibilidades de melhorar o sistema traz “um brilho no olhar” e que, as atividades de gestão, envolvem o “coração”. Por fim, promoveu uma grande reflexão sobre o SUS e as políticas de Saúde descrevendo o processo histórico e socialmente construído na saúde e na forma de assistir a população, articulando com a função do município e o papel que ele repre-

senta no sistema, na Região Norte do ES, e a importância de cada profissional e gestor. No final da oficina, foi construída a “carta de saúde da região Norte do ES” refletindo os sentimentos dos participantes e principalmente a ansiedade pela continuidade do processo, devido à mudança de gestão estadual. A carta foi lida pela secretária de saúde de Montanha e aprovada pelo coletivo do Seminário de Planificação da Atenção à Saúde Região Norte do ES: novos caminhos, em 6 de dezembro de 2017, e validada pela CIR Norte posteriormente. Nessa construção, ressalta-se a importância da permanente mobilização para corresponsabilizar e dar continuidade ao processo de PAS e da Unidade Cuidar Norte. O processo de construção da oficina e seus produtos retrataram a articulação entre os envolvidos com a Planificação na região, permitiu inúmeras reflexões sobre “onde estamos e onde queremos chegar”, além de posicionar cada ator estratégico em seu lugar e com a definição de seu papel.

ANTES E DEPOIS DA PLANIFICAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE LABORATÓRIO (UL) DO BAIRRO IRMÃOS FERNANDES EM BARRA DE SÃO FRANCISCO/ES

Tânia Cristina Saar; Débora Braga dos Santos

TANIACRISTINASAAR@GMAIL.COM

Dentro da proposta da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), é preciso considerar a realidade de cada um e as mudanças necessárias para sistematizar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde. Para alcançar melhores resultados, são escolhidas unidades para exercerem o papel de Unidade Laboratório (UL). O trabalho foi iniciado em 2016 orientado/coordenado pela Superintendência Regional de Saúde Norte juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A Unidade Básica de Saúde (UBS), com equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), funcionava de forma desarticulada com os demais pontos de atenção, com atividades assistenciais reduzidas e sem padrões definidos, encaminhamentos para especialistas sem critérios, não tinha população cadastrada, não havia vinculação de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, havia filas na madrugada

para acesso à consulta e exame e a UBS não realizava vacinação. A equipe tinha pouca compreensão sobre o território e dos seus usuários, e o município concentrava a assistência em especialistas que atendiam no “Pavilhão”, apesar do bom percentual de cobertura de ESF. A estratégia para melhoria foi concentrada na reorganização dos processos de trabalho a partir da PAS por meio de oficinas teóricas e tutorias mensais na Unidade Laboratório. Foram implantados os micro e macroprocessos da APS, com cadastramento, adscrição da clientela, identificação dos grupos de risco, abertura de sala de vacinação, informatização da UBS com a rede de informação e a Atenção Ambulatorial “Unidade Cuidar Norte”. Nesse sentido, as tutorias prestadas pela regional saúde Norte, juntamente com o Conass, foram a forma de apoiar os profissionais na reorientação dos processos de trabalho e qualificação da atenção do cuidado no território de abrangência da Unidade, com apoio da Coordenação da APS, Secretário de Saúde e Prefeito. Essa transformação de realidade ocorreu não só na UL “Irmãos Fernandes”, mas também nas demais nove ESF do município. A ESF assumiu seu papel de unidade sanitária do bairro, cuidando de sua população e articulada com o Ambulatório de Atenção Especializada. A Planificação propiciou momentos de reflexões e aprendizados acerca das Redes de Atenção à Saúde e suas áreas temáticas, permitiu a geração de conhecimentos sobre a situação de saúde atual e organização da APS do município de Barra de São Francisco/ES.

A TUTORIA COMO ELEMENTO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA E APOIO INSTITUCIONAL

Rita de Cássia Santos Costa Santa Ana; Ana Frechiani Herzog; Andrenilton Miranda; Carla Neiva Aragão; Cirlene Souza Reis; Cynthia Valéria Oliveira da Silva Colombi; Dalza Forza; Gilcilene Pretta Cani Ribeiro; Gilseia Sossai Silva; Fernando Roberto da Silva; Leonardo Costa Barbosa; Marllus Robson Cavalcanti

ENFRIU@GMAIL.COM

A presente experiência foi desenvolvida no ano de 2018, pela equipe técnica da Superintendência Regional de Saúde Norte (Atenção Primária à Saúde – APS, Vigilância em Saúde, Regulação), localizada no município de São Mateus, estado do Espírito Santo, composta por 14 municípios que

abrangem a região de saúde Norte do Espírito Santo. Este trabalho foi institucionalizado como processo integrante do planejamento e ações da equipe gestora da superintendência de saúde. O problema identificado e que impulsionou o trabalho foi a fragmentação do modelo de atenção, o grande vazio assistencial na região norte, a não integração entre os níveis de atenção (APS e especializada) e a necessidade de reorganização do processo de trabalho da APS. O contexto deu-se em virtude da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) desenvolvida pelo Conass na SESA Central, cuja proposta propiciou mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais da APS, que compõem as equipes assistenciais e de gestão, tendo a tutoria como ferramenta de apoio ao corpo técnico gerencial das secretarias municipais e estaduais de saúde, na organização dos macroprocessos e microprocessos da APS integrada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Assim, a tutoria apoiou as equipes de atenção primária na reorganização dos processos de trabalho, fortalecendo seu papel de ordenadora das Redes de Atenção à Saúde e sua integração com a AAE, favorecendo a melhoria do acesso, da oferta de serviços e da qualidade do cuidado aos usuários do SUS. A tutoria foi planejada em etapas, adaptada à realidade e à capacidade operacional dos técnicos, sendo assim especificada: divisão dos 14 municípios da região em 3 polos: São Mateus, Nova Venécia e Barra de São Francisco; divisão das referências técnicas regionais por polo; definição de 1 unidade laboratório por polo: definição de 17 unidades/equipes “Referências Técnicas Municipais” – RTs; definição de visitas de tutoria com periodicidade bimestral/município; reuniões de planejamento e definição de metodologia de desenvolvimento das visitas de tutoria; elaboração de roteiro de visita e orientações para as equipes municipais; elaboração de Plano de Ação padrão para equipe; e gestão municipal para o início da organização dos processos de trabalho. Como resultados alcançados, destacaram-se: maior coesão entre as referências técnicas da regional, bem como entre regional e referências municipais; equipes com conhecimento do seu território e definição de sua área de abrangência e dos seus determinantes sociais da saúde; e estabelecimento de padrões e protocolos, organizando os processos de trabalho. Foi observado que o processo de tutoria desenvolvido pelas referências técnicas regionais contribuiu para que os técnicos municipais se engajassem como protagonistas das mudanças necessárias em cada setor de

atuação que integra a atenção à saúde, gerando resultados exitosos. Assim, por meio dessa experiência, compreendeu-se e identificou-se a importância e a relevância da figura do tutor e das atribuições inerentes à sua função como elemento propulsor para alavancar a organização dos processos de trabalhos nas equipes conforme modalidade proposta pelo Conass.

IMPLANTAÇÃO DA REDE CUIDAR NO ESPÍRITO SANTO

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Gilcilene Pretta Cani Ribeiro

GILCILENEPRETTACANI@GMAIL.COM

A Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Superintendência Regional de Saúde Norte, adotou a realização da Planificação da Atenção à Saúde e implantação da Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Norte em Nova Venécia/ES, em 2016, como estratégia para a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS). No início da implantação, uma pergunta instigadora se fazia presente na região de saúde: “Como desenvolver o SUS na região, que apresentava tantas dificuldades e carências, com coerência entre o modelo de atenção, organização e gestão garantindo maior qualidade?”. A falta dos componentes constitutivos da RAS – uma população adscrita, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde – era fator crítico para a sua operacionalização. A Região, por meio da Superintendência Regional em seu planejamento junto no Laboratório Regional de Planejamento e Gestão de RAS, priorizou três grandes ações: reorganização da RAS, implantação da Unidade de Cuidado Integral à Saúde – Rede Cuidar Norte, e a realização da Planificação da Atenção à Saúde. Iniciaram-se, no espaço colegiado da Comissão Intergestores Regional (CIR), as discussões e articulações necessárias para implantar o projeto. O secretário de Estado, a equipe gestora regional e o prefeito presidente do Consórcio Regional CIM Norte foram conhecer a experiência exitosa de Santo Antônio do Monte/MG, posteriormente, sendo realizadas diversas articulações com os gestores prefeitos, secretários de saúde, membros da CIR, e os profissionais de saúde da SES (nível central e regional) e Secretarias Municipais de Saúde. A proposta foi apresentada ao Governador do Estado, que aderiu e a tornou projeto de

governo. O envolvimento das equipes, de modo geral, foi um fator marcante na região. A SES fez inúmeros estudos e articulações no intuito de provocar mudança para serem instituídos na região um modelo de atenção à saúde, um modelo de financiamento e um modelo de gestão, conforme necessidades regionais. Foi então implantado, inicialmente, na Região Norte, um modelo de atenção contemplando, além das condições agudas, as crônicas, organizado pela Atenção Primária à Saúde (APS) em rede, com integração da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O atendimento por linhas de cuidado prioritizadas (Mulher, Criança, Diabetes e Hipertensão), oferecidas no ponto de atenção regional – a Rede Cuidar Norte, utilizou ferramentas da gestão da clínica, com acesso regulado e coordenado pela APS, tendo a Planificação da Atenção à Saúde – promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – como ferramenta estratégica e definidora do projeto. Foi também instituído o cofinanciamento distribuído entre recursos de média e alta complexidade do MS, do estado e dos municípios, com um modelo de gestão compartilhado entre a SES/Regional e os 14 Municípios, e gerenciamento do ambulatório regional pelo Consórcio Regional; e as tomadas de decisões em CIR. A Região desbravou o processo de planejamento regional, utilizando a planificação como ferramenta de planejamento organizado, mobilizou todas as demais regiões do estado do ES a aderirem e iniciarem a planificação, avançou muito na reorganização do sistema de saúde regional em rede, no fortalecimento da APS, como base da RAS, na integração das ações e serviços entre a APS e a AAE e no fortalecimento da governança regionalizada.

A REGULAÇÃO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ATUANTE EM ZONA RURAL: UMA PROMOÇÃO À EQUIDADE

Jhulia de Aguiar Carvalho; Marcelle Cardoso Ourique

JHULIA.JAC@GMAIL.COM

O presente trabalho trata da descentralização da regulação municipal e os reflexos para a população rural e para as unidades de saúde mais distantes da sede municipal, por ocasião da Planificação da Atenção à Saúde, projeto desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) e

Conselho de Secretários de Saúde (Conass). O problema observado era em relação às dificuldades no acesso aos exames e consultas de especialidade, seja por falta de transporte, condições de estradas, falta de recurso financeiro da própria família, por enfrentamento de filas, dificuldades em números de vagas, horário e disponibilidade da equipe de regulação para atendimento ao público, entre outros. Além da participação de duas equipes da Estratégia Saúde da Família, a equipe reguladora da sede Municipal de Barra de São Francisco/ES também contribuiu para este trabalho. A estratégia utilizada foi estabelecer uma “equipe atuante” no território e a orientação para que os municípios fossem atendidos o mais próximo de suas residências. Assim, a equipe responsável pelo atendimento faria todo o acompanhamento longitudinal do indivíduo e de sua família, tanto em consultas quanto em autorização de exames de baixa, média e alta complexidade. O processo ocorreu em todo o município ao mesmo tempo. A principal população beneficiada foi a da zona rural; e, entre as ESF do município, duas foram as piloto do projeto: ESF Monte Sinai e ESF Santo Antônio, localizadas em distritos a cerca de 15 km e 35 km da sede municipal. A descentralização do serviço de regulação municipal foi de grande valia para as populações residentes em zona rural. Com a implantação dessas ações, a população realiza os atendimentos e acompanhamentos dentro do distrito onde reside, e os exames e consultas de especialidade são regulados pela própria equipe por meio de protocolos para a regulação municipal. Esta, por sua vez, trabalha sem atendimento direto ao público, uma vez que as autorizações são dispensadas diretamente para as equipes responsáveis e elas se encarregam de comunicar e orientar ao paciente. O reflexo das mudanças impactou na redução de filas e do número de faltosos às consultas e exames pré-agendados e na ampliação do acesso, promovendo equidade e melhor qualidade no serviço prestado.

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO NO MUNICÍPIO DE SILVÂNIA/GO

Flávia Dalila Silva Carvalho; Paula Rossana de Lima Barbosa Sousa;
Ana Letícia Veloso Gomes; Nayana da Silva Souza Caixeta;
Marcos Raphael de Souza Abreu; Lidiane Divina do Nascimento

FLAVINHADALILA@HOTMAIL.COM

A Planificação da Atenção Primária à Saúde objetiva reestruturar as práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), garantindo à população acesso aos serviços com humanidade, qualidade, equidade e resolutividade, sendo essa proposta conduzida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O processo no município de Silvânia-GO iniciou-se em 2016 com a realização de 11 oficinas para a qualificação de 120 profissionais das unidades básicas de saúde e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Os facilitadores, capacitados nas oficinas da Regional Centro-Sul, replicaram-nas aos profissionais que atuavam na atenção primária dos municípios, em um processo de educação permanente. As oficinas são complementadas por tutorias que orientam a organização dos macros e microprocessos da atenção primária, realizadas em uma unidade laboratório, selecionada pelo gestor, que serve de “vitrine” a ser copiada pelas demais unidades. É necessário o estabelecimento de uma agenda protegida para as equipes da APS e NASF-AB, bem como dos tutores regionais, para que os profissionais participem das oficinas e desenvolvam os planos de ação, pactuados em cada encontro, para a implantação e monitoramento dos processos. Conforme os processos foram avançando na unidade laboratório, iniciou-se o processo de expansão para as sete unidades básicas de saúde do município, com encontros mensais de educação permanente. Os principais avanços obtidos foram: implantação de bloco de hora no atendimento ao usuário; elaboração de procedimentos operacionais padrões (POPs), para padronização de rotinas e redução de variabilidade e de riscos; elaboração do projeto terapêutico singular; instituição do autocuidado apoiado e atendimento contínuo aos usuários; plano de gerenciamento de resíduos sólidos; classificação de risco familiar; adequação da ambiência; estabelecimento do fluxograma de atendimento, entre outros.

A reestruturação da Rede de Atenção à Saúde vem fortalecendo as práticas de cuidado, promovendo processo de mudança e organizando os serviços, em busca de melhor resolutividade das demandas da APS.

O IMPACTO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO COTIDIANO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE EDEALINA/GO

Thais Anuara Marques Vieira; Carla Pinto Ferreira; Ênika Alves d Silva; Paulenny Silva

THAISANUARA@GMAIL.COM

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Em 2016, foi implantada a Planificação da Atenção Primária à Saúde (Paps), no município de Edealina-GO, após evidenciar-se desorganização em vários processos de trabalho, entre eles: territórios mal distribuídos, atendimentos realizados somente por demanda espontânea, ausência de informatização nos processos de trabalho, falta de integração entre os diversos serviços de saúde e níveis de atenção. Ao longo de quase três anos da implantação, a mudança no perfil da realidade local é notória, tanto para os profissionais de saúde quanto para a comunidade, haja vista que a satisfação do usuário e a motivação profissional cresceram significativamente. O objetivo deste trabalho é demonstrar os impactos positivos e benéficos da implantação do processo de Paps no cotidiano da Rede de Atenção à Saúde do município de Edealina/GO. O desenvolvimento da Paps deu-se por meio de seis oficinas temáticas e de tutorias mensais para implantação/ implementação dos processos de trabalho, após levantamento do diagnóstico situacional, seguido de um plano de ação para elaboração de atividades a serem implantadas para a resolução dos problemas identificados. Com o processo da planificação, observaram-se os seguintes avanços: ajuste da territorialização com reordenamento de áreas adscritas às unidades de saúde e realocação dos agentes comunitários de saúde; ajustamento dos atendimentos por bloco de horas, com possibilidade de agendamento por telefone; informatização das unidades, desburocratizando e agilizando atendimentos; e integração da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada, promovendo o cuidado compartilhado dos usuários. A implantação da Paps em Edealina/GO possibilitou a organização da rede municipal, bem como a satisfação de servidores e usuários, no cotidiano de seus processos de trabalho.

UNIDADE LABORATÓRIO E EXPANSÕES

Natalia Tolentino; Fátima Arruda; Júlio Campos

NATALIATOLENTINO25@HOTMAIL

A dificuldade de acesso na comunicação com algumas unidades de saúde em Cristalina, na região de saúde Entorno Sul, em Goiás, imprimiu a necessidade de utilizar como ferramenta de trabalho o WhatsApp, para facilitar o elo de ligação entre equipe, gestante e o Hospital e Maternidade, fortalecendo o vínculo com a Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive, por ocasião das visitas à maternidade de referência, ou à realização de algum exame especializado, em que a comunicação tem que ser efetiva entre a APS, a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar. A implantação dessa ferramenta possibilita a informação em tempo hábil, facilita orientações à distância, fornece informações sobre a disponibilidade de exames, consultas e de participação em grupos, favorece lembretes sobre a necessidade de sequência de atendimento pós-parto, dentre outros benefícios. Onde há limitação desse recurso, continua-se adotando a visita domiciliar. Com a implantação dessa estratégia, obtiveram-se melhor conhecimento, garantia de vínculo, maior acessibilidade das usuárias, facilidade de comunicação entre equipe e usuária assistida e redução no número de evasão nas consultas e ações de saúde. Os efeitos de mudança foram percebidos com a expansão da comunicação entre a unidade laboratório e as demais unidades do município, a busca para acompanhamento da puericultura, imunização, consultas de rotina e o compartilhamento de informações entre a unidade de atenção primária com o especialista. A experiência apresentada, além de fortalecer o vínculo com a unidade laboratório e comunidade, permitiu uma melhor relação com as diversas áreas de assistência à saúde como: média e alta complexidade, laboratório municipal, equipe multidisciplinar (NASF), Centro de Especialidades Médicas (MESP) serviço de emergência, entre outros setores.

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade. Na UBS Santa Lúcia, no município de Águas Lindas – região de saúde Entorno Sul de Goiás, evidenciou-se uma demanda elevada devido à baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família municipal e a necessidade de melhorar o agendamento dos atendimentos. Como estratégias de melhorias, implantou-se o Acolhimento e Classificação de Risco no agendamento dos atendimentos por Bloco de Horas, baseado no Caderno nº 28 do MS. As ações adotadas foram: estabelecimento do fluxo interno; reorganização da agenda de atendimentos; atenção centrada nas pessoas; balanceamento da oferta e demanda nos sistemas de atenção à saúde; compromisso da liderança e da equipe com uma cultura de excelência dos serviços e de melhoria contínua da qualidade. Buscou-se o agendamento pautado na equidade e acolhimento de todos os usuários que procuram os serviços da UBS, a diminuição do fluxo de usuários nos horários de pico, a resposta adequada à demanda do usuário e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários da unidade. Os resultados foram sentidos com a organização da agenda; definição dos fluxos internos; maior agilidade do serviço e resultados positivos nos atendimentos aos usuários. É possível acolher o usuário, mesmo em unidades com demanda elevada. O acolhimento com classificação de risco à demanda espontânea na APS é indispensável no processo de organização da agenda por bloco de horas e, conseqüentemente, no efetivo processo de Planificação da APS.

EDUC+SAÚDE: PLANIFICAÇÃO DA APS E EDUCAÇÃO PERMANENTE ATRAVÉS DE CURSO EM EAD

Ana Carolina Oliveira Nóbrega; Márcia Guerra

CAROL12.NOBREGA@GMAIL.COM

O município de Águas Lindas/GO está em processo de Planificação da Atenção à Saúde desde 2016, totalizando, hoje, 100% das equipes de ESF (18) em processo de tutoria. No entanto, devido à alta demanda de atividades nos planos de ação (demandados pela tutoria), além de sobrecarga de trabalho da tutora externa e do rodízio frequente de profissionais, observou-se uma desaceleração nesse processo; e, conseqüentemente, desmotivação das equipes. A estratégia encontrada foi associar Educação Permanente e Continuada aos servidores de saúde do município para o efetivo avanço no processo de Planificação. Para tal, foram envolvidos a tutora externa, 18 tutores internos (enfermeiros) e 32 facilitadores (2 membros de cada equipe de saúde da família – assegurando-se uma vaga para 1 agente comunitário de saúde). A intervenção municipal compreende um curso em EAD com revisão do Caderno nº 23 do Conass e material de apoio composto por textos complementares e videoaulas; associando a teoria revista com a prática, tendo como propósito a construção social da APS. Os efeitos de mudança pretendidos são: maior envolvimento dos servidores, domínio do conteúdo e maior conhecimento por parte dos servidores; nivelamento e aceleração do processo em todas as equipes, além de unidade e fortalecimento de parcerias municipais, como entre a Secretaria Municipal da Saúde e o Instituto Federal de Goiás (IFG). É indispensável perseverar no propósito, necessário avaliar sistematicamente o processo de Planificação/tutoria e mudar os trajetos quando necessário. Vale a pena recomeçar! Entra em cena a inovação “Planificação em modo EAD”; e, mesmo em meio a desafios, o projeto EDUC+Saúde tem conquistado seu lugar e gerado os avanços esperados. O processo de Planificação terá êxito quando aqueles que estão à frente acreditarem nele e estiverem dispostos a construir essa “nova cara da APS” – um processo que demanda tempo, energia, entrega e amor, mas com resultados mensuráveis.

PLANIFICAÇÃO DA APS NO MUNICÍPIO DE ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

Ana Carolina Oliveira Nóbrega; Joyce Monte e Islânia Alencar

CAROL12.NOBREGA@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Pretende-se relatar a experiência de Planificação da Atenção à Saúde (PAS), inicialmente com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), no município de Águas Lindas de Goiás, iniciada em 2016. Antes da Planificação, constatava-se uma baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e desorganização nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família (eqSF), sobretudo, dado ao crescimento populacional não planejado, pouco delineamento para expansão de eqSF e ausência de documentos norteadores das ações de saúde na Atenção Primária, como protocolos, manuais e procedimento operacional padrão – POP). Toda a equipe da Unidade Laboratório do município foi envolvida, além da equipe da Secretaria Municipal da Saúde. As estratégias utilizadas para melhoria foram: reterritorialização; adaptação de linhas de cuidados para populações de risco; construção de protocolos, POPs, fluxogramas e manuais; atendimento por bloco de horas para todos os profissionais de nível superior em todas as equipes de ESF, capacitação sobre acolhimento à demanda espontânea para as eqSF; e estabelecimento de vínculo entre gestores municipais de saúde. Houve, ainda, a expansão do processo de tutoria para as 18 equipes de ESF municipais. As principais melhorias e mudanças foram: maior qualidade e resolutividade da APS, prevalecendo o atendimento com equidade e de forma humanizada; reorganização do território municipal relacionado às divisões de áreas de abrangência e Influência; organização das agendas por bloco de horas, estabelecimento dos fluxos internos da UBS; e acolhimento com classificação de risco da demanda espontânea. Com compromisso e determinação, é possível reorganizar a assistência à saúde ofertada aos usuários e, mesmo em meio a dificuldades, é possível planejar para alcançar melhores resultados. É um desafio reordenar a APS em um município com baixa cobertura de ESF, mas, mesmo diante de um cenário adverso, planificar prova ser o melhor caminho para uma atenção de qualidade e equidade no território sob responsabilidade das equipes da ESF.

REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO COMO FERRAMENTA NA GARANTIA DE EQUIDADE NA ASSISTÊNCIA

Paulo Henrique Silva Costa; Loany Queiroz Rodrigues Carvalho e Raquel Rosa Mendonça do Vale

PAULOHENRIQUE.FISIOTERAPIA@GMAIL.COM

Pretende-se desenvolver e implementar a classificação de risco para reabilitação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, no município de Senador Canedo da região de saúde Centro-Sul de Goiás. Dados do IBGE revelam que a população do município, praticamente, dobrou passando de 53.105 habitantes em 2000, para 102.947 em 2016, havendo mudança em seu perfil etário, atingindo 25,4% da população com 40 anos ou mais de idade. Nesse cenário, a demanda por reabilitação aumenta gradativamente e de forma recorrente entre a população do município. O Serviço de Reabilitação Municipal conta com 15 fisioterapeutas e 1 terapeuta ocupacional. Como não há sede própria, os profissionais são distribuídos em vários polos. Até dezembro de 2018, os encaminhamentos chegavam à coordenação de reabilitação e eram agendados de acordo com a disponibilização de vagas pelos profissionais. Na ausência de vagas, os encaminhamentos eram arquivados. Esse processo gerou uma demanda reprimida de aproximadamente 800 encaminhamentos (entre agudos e crônicos), sendo que os agudos já estavam com mais de três meses de lesão. A condição clínica ou necessidade do paciente não era classificada ou considerada. Obedecia-se à ordem de entrada dos encaminhamentos e à disponibilidade de vagas na rede municipal de reabilitação. Por meio de outras experiências no território nacional, foi elaborado um protocolo de classificação de risco e fluxograma para a assistência em reabilitação na rede municipal de saúde. Para a classificação de risco, são considerados os estágios das condições clínicas: agudo, crônico e crônico agudizado. As condições agudas são aquelas com data de ocorrência inferior a três meses. As crônicas, com tempo superior a três meses. As condições crônicas agudizadas são aquelas com lesão inicial maior que três meses, adicionada à queixa de dor aguda (maior que oito na Escala Visual Analógica) e limitação funcional inferior a três meses. As condições que não se enquadram na relação de prioridades são encaminhadas para os serviços de

apoio vinculados à Atenção Primária: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica NASF-AB (alongamento/fortalecimento); Escola de Postura (treinamento funcional); caminhada orientada; hidroginástica; Academia da Saúde (atividade física orientada); Núcleo Integrado de Esporte e Saúde da Família – NIESF (hidroginástica); e Serviço de Fisioterapia da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer. Após classificação de risco, o encaminhamento é agendado para avaliação inicial com um dos fisioterapeutas e/ou terapeuta ocupacional cadastrados na rede municipal de saúde. O agendamento é realizado pela coordenação de reabilitação de acordo com a disponibilidade de vagas dos profissionais que compõem o ambulatório. Após avaliação, o fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional estabelecem a frequência de atendimento necessária, de acordo com o quadro apresentado pelo paciente e disponibilidade de vagas na agenda semanal. Além do fortalecimento do vínculo entre APS e Atenção Secundária, também foi realizada a interlocução com a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer. Esta última disponibilizou o ambulatório de reabilitação desportiva e espaços para realização de grupos (pelo NASF-AB). Atualmente, não existe demanda reprimida para reabilitação de pacientes com agravos agudos (são agendados em até sete dias após a entrada). Os pacientes crônicos estão sendo inseridos em grupos da Atenção Primária (práticas corporais, práticas integrativas e complementares, entre outros). Ao realizar a classificação de risco, utilizando-se o protocolo estabelecido, é possível redirecionar o fluxo e atender pacientes crônicos/estáveis no âmbito da Atenção Primária. Esta assumiu a responsabilidade de coordenar o cuidado dos usuários com necessidades de reabilitação física, geralmente, pacientes acometidos de doenças neurológicas, ortopédicas, cardiovasculares, entre outras, que precisam de cuidados de fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais. Otimiza, também, o atendimento dos casos urgentes e encaminhamentos de reabilitação para a atenção especializada. Ao fortalecer o vínculo entre APS e Atenção Secundária, a APS exerce seu papel de ordenadora do cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde.

A SALA DE SITUAÇÃO DA REGIONAL DE SAÚDE SUDOESTE I COMO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO E APOIO AOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DE GOIÁS

Anna Otilia Paiva Ferreira; Fernando Arantes Dantas, Carla Ribeiro da Silva Santos, Roberta Camarini de Oliveira, Flávia dos Anjos Macena, Elizete M. Cavalet, Júlia Beatriz Dani Rinaldi e Elza Rosa da Costa Neves.

ANN.FERREIRA@GOIAS.GOV.BR

O território sanitário da regional de saúde Sudoeste I, compreende 18 municípios com população de 420.427 pessoas, e sede no município de Rio Verde, em Goiás. A planificação da APS do Conass teve início em 2015 com oficinas presenciais e em 2017 com a tutoria na região. Com uma extensa área geográfica e distâncias consideráveis, a informação em saúde é ferramenta importante para planejamento de ações. É fato reconhecer que profissionais de saúde, assim como gestores, atuam em seus territórios em equipes que pouco interagem e atuam de forma fragmentada. Elaboram instrumentos de gestão que, em muitas situações, não convergem para as reais necessidades de saúde da população. A regional de saúde, enquanto órgão estadual, tem a missão de assessorar municípios nas diversas ações de saúde, seja na assistência ou gestão. Observando as dificuldades em acompanhar e melhorar indicadores de saúde, a equipe de oito coordenadores regionais iniciou, em 2014, uma estratégia de devolver aos municípios informações com melhor visibilidade para subsidiar ações locais. A elaboração e divulgação da sala de situação regional Sudoeste I iniciou-se em 2014 e se mantém até os dias atuais por meio do link: <http://www.saude.go.gov.br/regional/regional-sudoeste-i/>. Nela, constam informações nas áreas de assistência farmacêutica, APS, controle e avaliação, gestão e planejamento, vigilância em saúde, além de informações sobre qualificações de educação permanente. São apresentadas em forma de tabelas com legenda e identificação semafórica, com um tutorial para cada tabela. Apesar de estar disponível ao acesso público, as informações da sala estão direcionadas à população da região Sudoeste I. Mensalmente, em reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR), uma ou mais tabelas são apresentadas para discussão de ações que melhorem situações de fragilidade. No processo de planificação, na região, temos apresentado continuamente problemas relacionados à co-

bertura de ESF/ESB, cadastro de população, implantação de NASF, entre outras. A temática da tutoria é pauta constante na CIR, seja com informe sobre o avanço dos macroprocessos implantados, seja com ações dos planos de ação, que não estejam sob governabilidade das equipes de saúde da família. Analisando a evolução de informações da sala de situação, podemos elencar como efeitos de mudança: o aumento da cobertura de equipes ESF/SB e NASF, além da melhoria na investigação de óbitos materno-infantil e de mulheres em idade fértil, diminuindo causas mal definidas. Outras mudanças positivas estão associadas ao envolvimento das equipes de APS e vigilância em saúde na elaboração de instrumentos de gestão, que demonstrem a real situação dos municípios. Integrar equipes de gestores com profissionais de saúde na elaboração de ações ainda é um grande desafio, portanto, faz-se necessária a presença do estado com ferramentas para subsidiar e apoiar esse processo. O exercício de avaliação constante de informações em saúde nos permitiu aprender que a melhoria será contínua se conseguirmos integrar equipes de saúde em objetivos comuns. Trata-se do ciclo PDSA, planejar – fazer – estudar – agir, que, na prática, deve ser incorporada aos processos de trabalho das equipes de saúde.

PROJETO DE MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE BURITINÓPOLIS/GO, A PARTIR DO USO DE PLANTAS MEDICINAIS

Maria Gisélia da Silva Rocha

GILMARYY@HOTMAIL.COM

Buritinópolis é um município do estado de Goiás localizado na Região de Saúde Nordeste II e possui uma população estimada em 3.321 habitantes (IBGE, 2010). O município possui uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) com 100% de cobertura estimada pelo e-SUS, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a coordenadora do cuidado e única porta de entrada dos serviços de saúde no município. A diminuição dos saberes tradicionais da comunidade acerca do uso das plantas medicinais tem impactado na busca demasiada por medicação nos serviços da atenção primária, o que reflete

no uso corriqueiro por medicamentos e fomenta a diminuição ou perda dos saberes tradicionais, passados de geração à geração, sobre a utilização dessas plantas, sendo visto que a unidade de saúde não possuía outra forma de terapêutica. Essa análise foi levantada a partir das oficinas de Planificação da Atenção à Saúde. Toda a equipe multidisciplinar de saúde do município, bem como a comunidade, se envolveu no projeto, contando ainda com o apoio de professores, de outras secretarias e do gestor municipal, o que culminou com a implementação da horta de plantas medicinais na Atenção Primária. As intervenções consistiram em plantar, cultivar e distribuir – nas comunidades, as plantas medicinais no espaço da Unidade Básica de Saúde. Os resultados apresentados pelo aumento na utilização de plantas medicinais foram constatados pela busca da comunidade das plantas medicinais cultivadas pela equipe da APS e pela diminuição no uso de medicamentos dispensados pela unidade. O trabalho multidisciplinar, envolvimento da equipe, apoio da gerência e gestores em saúde, e, principalmente, o conhecimento das práticas da comunidade foram fatores que contribuíram para o sucesso da experiência. Observa-se que a troca de saberes promove o resgate dos conhecimentos tradicionais da população e contribuem para socialização deles. O uso das plantas medicinais é relevante para promoção da saúde, viabiliza alternativas terapêuticas – além dos medicamentos industrializados, fortalece a implementação de políticas públicas e estimula os profissionais de saúde a organizarem as ações de educação em saúde e ambiental juntamente com a equipe multidisciplinar do município.

CRIAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A REGIONAL DE SAÚDE CENTRAL DO ESTADO DE GOIÁS

Marlice Marques; Kênia Rocha

MARLICE.MARQUES@GOIAS.GOV.BR

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve como responsabilidade de todas as esferas de governo: desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho

para gestão e atenção à saúde; estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais. O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem como uma das ações a linha de cuidado, com a tarefa de definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas com base em evidências, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). O estado de Goiás não possui uma linha de cuidados pactuada, portanto, este projeto visa atualizar os profissionais de nível superior que atuam na APS, promovendo uma melhor interlocução entre o diagnóstico e tratamento envolvendo toda a equipe de saúde e os gestores dos serviços, para que pactuem fluxos que organizem o processo de trabalho, facilitando o acesso do usuário às unidades e aos serviços aos quais necessita. O material didático e as estratégias a serem usadas nas oficinas foram de responsabilidade da equipe interdisciplinar da Secretaria de Estado de Saúde da Goiás (SES/GO) por meio da Coordenação de Atenção à Saúde da Regional Central. Serão responsáveis pela multiplicação nos municípios, em todas as unidades básicas, os tutores regionais da planificação lotados na Regional de Saúde Central. Como estratégia educativa, serão realizadas três oficinas presenciais com 8 horas de duração cada uma. Cada turma terá um limite de 30 profissionais de nível superior da área de saúde, que atuam na APS com pessoas com diabetes, hipertensão e obesidade. Está prevista também a participação do gestor municipal em um dos momentos de discussão para a criação do fluxo de atendimento destes pacientes. Serão abordadas: ações intersetoriais para promoção da saúde – na adoção de modos de vida saudáveis agindo preventivamente nas três doenças crônicas; a parametrização assistencial, para acompanhamento na APS, de pacientes com condição clínica estável; encaminhamento dos usuários descompensados ou em instabilidade clínica para atenção especializada; e as situações para gestão de caso. O monitoramento e a avaliação da qualidade do serviço prestado aos usuários com diabetes, hipertensão e obesidade deverão ser acompanhados por meio de indicadores cujos dados serão preenchidos pelos próprios municípios prestadores desses serviços. Esperam-se melhoria dos indicadores – aproximando-se do previsto pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, reduzindo em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (em <70 anos) por DCNT –, redução do número de exames solicitados e maior contro-

le do número de pacientes encaminhados desnecessariamente para a atenção especializada. A Educação em saúde é uma ferramenta que possibilita a reflexão crítica sobre as práticas de atenção, gestão e formação, e que promove mudanças nos processos de trabalho. A educação continuada é fundamental para o aperfeiçoamento das habilidades dos profissionais, possibilitando uma maior visão da realidade em que estão inseridos. O primeiro módulo já foi aplicado aos tutores da regional Central com grande aceitação do modelo aplicado. Acredita-se que, na aplicação para os profissionais do município escolhido como piloto para o projeto, os efeitos positivos da mudança logo poderão ser observados e monitorados.

TERRITORIALIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE TABLET AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Flávia Dalila Silva Carvalho, Paula Rossana de Lima Barbosa Sousa, Ana Letícia Veloso Gomes, Nayana da Silva Souza Caixeta, Marcos Raphael de Souza Abreu, Lidiane Divina do Nascimento; Romilda Monteiro dos Santos

FLAVINHADALILA@HOTMAIL.COM

Com os avanços tecnológicos do uso de prontuário eletrônico e-SUS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), viu-se a necessidade de melhorias no trabalho realizado dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como forma facilitadora de processar informações, gerir dados, integrar e qualificar a informação. Com o processo de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) acontecendo no município de Silvânia, região de saúde Centro-Sul de Goiás, e após a busca de dados do território, viu-se a necessidade de realizar revisão de área de cobertura por UBS e por ACS e informatizar os dados produzidos por esses profissionais. A equipe se deparou com a falta de mapas da área urbana e rural e base de dados inconsistentes, dando-se início ao processo de construção e levantamento dos dados apresentados pelos ACS. Vários encontros aconteceram com o gestor, equipe de tutores e ACS para conclusão das novas microáreas e implantação do aplicativo ephealth (Plataforma da APS) no sistema do tablet. O grupo de tutores municipal iniciou o processo de busca de dados e mapas territorial existente para facilitar o trabalho de redistribuição de áreas. Foi solicitado aos ACS um levantamento de dados

de quantidade de casas, pessoas, comércio e lote vago por cada área de trabalho, incluindo esse levantamento também nas áreas descobertas. Foram utilizadas como estratégias a realização de nova divisão de áreas, buscando ter uma maior cobertura territorial por ACS, e a aquisição de tablets, visando melhoria no trabalho com dados mais fidedignos e de fácil acesso. A territorialização veio ao encontro do processo da Planificação, sendo possível equiparar o número de pessoas vinculadas ao ACS a cada equipe de saúde. Com a redução de microáreas descobertas (de 11 para 4), aumentou-se a cobertura da população cadastrada no município. Tendo em vista as mudanças realizadas, os ACS iniciaram um novo cadastro populacional já informatizado com o uso do tablet, facilitando o processo de uma nova análise territorial. Essa experiência tem mostrado efetividade no trabalho desses profissionais, uma vez que os dados são fáceis e rápidos de serem gerados, possibilita conhecer grupos de riscos existentes, visualizar a classificação de risco familiar e poder elaborar estratégias de saúde pública. Isso tem se concretizado com os relatos dos próprios ACS no processo de construção de dados.

PROJETO SORRISO CORAJOSO: A UNIÃO DA ODONTOLOGIA COM O LÚDICO PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM SILVÂNIA/GO

Marcos Raphael de Souza Abreu, Simone Umbelino Barbosa, Flávia Dalila Silva Carvalho, Nayana da Silva Souza Caixeta; Paula Rossana de L. B. Sousa

MARCOSRSABREU@GMAIL.COM

O Projeto Sorriso Corajoso auxilia o atendimento odontológico por meio do encorajamento de forma lúdica utilizando o personagem “porquinho da coragem”, o qual foi testado no consultório odontológico da ESF São Sebastião, no município de Silvânia – região de saúde Centro-Sul de Goiás. Foram observadas crianças com idade de até 7 anos após aprovação de seus responsáveis. O medo da criança pela figura do cirurgião-dentista dificulta a avaliação, intervenção oral e orientações de autocuidado com crianças de até 7 anos, podendo se tornar um problema de saúde pública. Buscar, identificar e prevenir que pequenos sinais se transformem em casos graves, por meio da promoção em saúde, e levar ao paciente os recursos existentes são atitudes necessárias para auxiliar na resolução de problemas de saúde da

população. Com intuito de expandir a ideia, a equipe do Programa Saúde na Escola levou o projeto para todos os centros municipais de Educação Infantil do município, apresentando o personagem que vai acompanhar as crianças nas consultas odontológicas, facilitando a adesão aos tratamentos e tornando esse momento menos traumático. A utilização do lúdico para estimular a participação da criança ao atendimento odontológico foi uma potencialidade no sucesso da estratégia. Ao chegar no consultório, a equipe da odontologia apresenta o porquinho como amigo corajoso, passa as informações de forma simples, harmoniosas e atraentes, tornando o atendimento mais tranquilo e menos traumático, pois encoraja o paciente com uma nova dinâmica de abordagem. A criança recebe o porquinho e permanece segurando-o durante todo o atendimento, como forma de estímulo à autoconfiança. As ações de promoção de saúde bucal infantil devem ser acionadas por meio de ferramentas que tornem o processo de aprendizagem mais dinâmico e de fácil compreensão. A utilização do lúdico, por meio de um personagem animado palpável, possibilita a melhora na adesão do paciente. Os principais resultados são: População infantil orientada quanto aos cuidados com higiene bucal, melhor interação entre profissional e paciente e maior adesão ao exame clínico e tratamento. Cuidar da saúde bucal na primeira infância, com a promoção de práticas saudáveis de prevenção, orientação e autocuidado, é o primeiro passo para favorecer hábitos de higiene adequados e prevenir doenças bucais na população adulta. Visando a isso, a utilização do “amigo corajoso” incentiva a criança a quebrar as barreiras do medo da figura do odontólogo.

IMPLANTAÇÃO DA TUTORIA DE PLANIFICAÇÃO NA APS DO MUNICÍPIO DE DAVINÓPOLIS – GOIÁS

Valeria Cristina Silva de Souza; Raíza Régina dos Anjos Holanda

VALERIACRISTINASS.ENF@GMAIL.COM

A experiência da tutoria na Planificação da Atenção à Saúde no município de Davinópolis/GO veio com o intuito de reorganizar o processo de trabalho e otimizar o acesso da população aos serviços de saúde. As oficinas de planificação foram realizadas na Estratégia Saúde da Família, com início

em setembro de 2018 e com as seguintes atividades realizadas: coleta de dados do território de abrangência, fluxograma de atendimento, territorialização, consultas agendadas, estratificação de risco, e linha de cuidado das doenças crônicas. Os principais problemas foram acolhimento inadequado e usuários insatisfeitos, dada a fragilidade nesse serviço, bem como no fluxo de atendimentos. Como estratégia de melhoria, foi ofertada capacitação aos profissionais da equipe da unidade básica de saúde, com destaque ao acolhimento, agendamento de consulta (programada ou espontânea) e estratificação de risco para os pacientes com condições crônicas de saúde. A intervenção desta experiência foi focada na marcação de consultas agendadas associada ao acolhimento da demanda espontânea, para evitar filas de esperas e melhorar a satisfação do atendimento ao usuário. Os resultados foram alcançados com a implantação do atendimento por bloco de horas, melhora do acesso, redução na fila de espera e aumento na satisfação dos usuários. O acolhimento adequado favoreceu melhora na relação profissional-usuário e melhorou o fluxo de atendimento das consultas agendadas dentro da unidade. A intervenção proposta obteve boa aceitação por parte tanto da equipe de saúde quanto do usuário, pois qualificou a atenção prestada e organizou os processos de trabalho.

A EXPERIÊNCIA E A VIVÊNCIA ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Déborah de P. A. Dalpiaz; Natalia Tolentino; Julio Campos; Maria de Fatima de Souza; Jackeliny Ribeiro; Maria Abadia Gonçalves; Suzanita Souza

POSTOSANTACLARA2019@GMAIL.COM

A Experiência da Planificação da Atenção à Saúde em Cristalina/GO motivou a Unidade Básica de Saúde Santa Clara a desenvolver uma ferramenta do grupo de WhatsApp, com o objetivo de proporcionar um elo entre servidores, serviços de saúde e grupo de gestante assistidas pela equipe. A necessidade dessa experiência deu-se devido à baixa cobertura de pré-natal – dado ao *deficit* de agentes comunitários de saúde para realizarem a busca ativa –, à vulnerabilidade social de um percentual de gestantes assistidas e a taxas inaceitáveis de morbimortalidade materna e neonatal. O uso da ferra-

menta tem por propósito melhorar a referência e sequência no atendimento dentro da unidade, garantir o acesso com agendamento e facilitar a comunicação ao grupo de gestantes. Toda a equipe aderiu ao projeto e entendeu a necessidade da intervenção que busca, também, organizar alguns processos dentro da unidade para favorecer o acesso e a qualidade no atendimento, como: implantação e execução do fluxograma na unidade de saúde; organização da agenda de todos os profissionais, com atendimento por bloco de horas; e capacitação da equipe para o acolhimento. Algumas mudanças imediatas foram observadas, tais como: aumento do percentual atingido no acompanhamento das gestantes, com qualidade no atendimento; estabelecimento de elo entre equipe, serviços e ações oferecidas pela Unidade Básica de Saúde; organização do fluxo de atendimento; troca de experiências; fortalecimento do trabalho em equipe e reconhecimento do papel de cada dentro de suas atividades específicas. Em médio e longo prazo, espera-se obter redução no número de intercorrências e complicações durante a gravidez e parto por meio da intervenção multiprofissional, bem como redução nas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal. Considera-se que as ações desenvolvidas durante o pré-natal na unidade foram satisfatórias e que o trabalho articulado em equipe é um poderoso instrumento de identificação de fortalezas e fragilidades nos processos de trabalho, em busca de uma assistência de qualidade para a população.

MARANHÃO

O DIFERENCIAL DA FONOAUDIOLOGIA NO NOVO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS DE ALTO RISCO

Mara Lilian Souza Correia; Camila Dayane Andrade Lopes; Wendel Pinheiro Melo

FONO.MARA@YAHOO.COM.BR

Os processos de melhoria do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) estão integrados nos programas de qualidade da organização, em que o trabalho fonoaudiológico engloba ações de assistência, prevenção, detecção e intervenção precoce dos distúrbios de comunicação, sendo

fundamental para saúde integral das crianças. Notou-se a necessidade de relatar sobre as contribuições da fonoaudiologia no novo modelo de atenção às crianças de alto risco, do Centro de Especialidade em Assistência Materno Infantil (Ceami) da região de Caxias/MA, devido a sermos pioneiros da especialidade na Planificação da Atenção à Saúde (PAS). A colaboração da fonoaudiologia dentro da equipe multidisciplinar na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) é uma estratégia para efetivação do cuidado infantil de alto risco, apesar de haver um grau elevado de desinformação da população em relação às alterações fonoaudiológicas próprias dessa faixa etária e às habilidades do fonoaudiólogo nesse atendimento. A ação da fonoaudiologia é preventiva e curativa, buscando eliminar fatores que interferem na aquisição e desenvolvimento normal da comunicação, como também nas dificuldades patológicas já existentes. As avaliações individuais realizadas são direcionadas a alimentação, triagem auditiva, estimulação da motricidade orofacial, desenvolvimento da linguagem, identificação das funções orais – como alterações na sucção/deglutição –, e orientações por meio de estimulações que podem ser realizadas em casa juntamente com a família e que visam favorecer o desenvolvimento da comunicação infantil e fortalecer os vínculos afetivos. Alguns encaminhamentos podem ser necessários para melhor resolutivezade dos casos. O principal resultado é a detecção precoce dos pacientes que necessitam de tratamento em relação à estimulação precoce da sucção em recém-nascido, estando relacionada ao desenvolvimento global do bebê. Como resultado da colaboração desse profissional no Macc, visualizam-se benefícios relacionados à identificação das crianças de risco que necessitam da intervenção nas funções orais e na preparação do bebê para a alimentação, na introdução da via oral o mais rápido e seguro possível, favorecendo a evolução de seu quadro clínico. A estimulação precoce da fonoaudiologia é fundamental para uma alimentação no seio materno eficaz, prazerosa e funcional, em que a identificação da melhor abordagem terapêutica para essas crianças deve ser repensada em cada consulta subsequente, em decorrência das manifestações da sintomatologia que varia conforme o desenvolvimento da criança e a evolução do processo de intervenção. Conclui-se, portanto, que a colaboração da fonoaudiologia inserida na equipe multiprofissional e interdisciplinar da atenção contínua no modelo de atenção às condições crônicas agrega aspectos diferenciados no cuidado à criança de alto risco.

CADERNETA DO DENTISTA: CAPACITANDO PARA MELHORAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

Joana Karla Dias Moura; Leyde Jane Sousa Silva; Tatiana Belén Alamos Encalada

JOANAKARLA2006@HOTMAIL.COM

Durante tutorias da Planificação da Atenção à Saúde, observou-se a necessidade de uma ferramenta guia para os profissionais de saúde bucal do município de Caxias/MA, dada a ausência local de protocolos e normas consolidadas na Rede de Atenção à Saúde Bucal, que impossibilitam a padronização de serviços ofertados e a organização do fluxo assistencial. O trabalho foi realizado por dentistas das Unidades Laboratórios, por meio do levantamento de evidências científicas que embasaram a construção dos elementos norteadores para padronização da assistência odontológica. A caderneta evidencia a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município; o sistema de referência e contrarreferência; organização dos serviços e atividades assistenciais na Atenção Primária à Saúde (APS); diretrizes para gestão das equipes; e Protocolos Operacionais Padrão validados pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. Toda a população do município será beneficiada com a padronização da assistência à saúde bucal. Após implantação, deverão ser realizados levantamentos de encaminhamentos indevidos/desnecessários para o Centro de Especialidades Odontológicas. Espera-se, com a implantação da caderneta, a organização do fluxo assistencial, com conseqüente satisfação do usuário, redução de gastos e qualificação dos profissionais. Por meio da elaboração da ferramenta, pode-se observar o quão importante e necessário é estar em constante atualização e aperfeiçoamento para proporcionar serviços qualificados aos usuários do sistema de saúde. A “Caderneta do Dentista” encontra-se em processo de finalização e adequação para posterior divulgação e implantação. Após validação da ferramenta pelo município, faz-se necessária a realização da capacitação dos profissionais da Rede, bem como disponibilização dela nos consultórios odontológicos das unidades básicas de saúde locais.

DA MATERNIDADE DA MORTE PARA A MATERNIDADE DA VIDA: A NOVA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS GESTANTES NO INTERIOR DO MARANHÃO

Amanda Cristina de Sousa Costa; Andreia Nunes Almeida; Camila Dayane Andrade Lopes; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida; Juliana Karen Vidigal Carvalho; Maria do Socorro de Souza Coutinho Melo; Mônica Cristina Melo Santos; Nytale Lindsay Cardoso Portela

AMANDAHJP@HOTMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

O Município de Caxias, no interior do Maranhão, vivenciou períodos críticos e desafiadores em relação aos indicadores de morte materna nos últimos anos, o que chamou atenção de órgãos competentes como o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), que ofereceu ao estado do Maranhão uma proposta de reestruturação da linha de cuidado Materno-Infantil da Região de Saúde de Caxias. A análise de causas prováveis de altas taxas de mortalidade materna e infantil apontaram para: falta de organização na linha de cuidado voltado às gestantes e crianças menores de 2 anos; não planejamento dos componentes do pré-natal preconizado pela Rede Cegonha; ausência de estratificação de risco para gestantes e crianças; inexistência de um serviço especializado em gestantes e crianças de alto risco e falta de educação permanente para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS). O processo teve o envolvimento do Conass, Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (SES/MA), Gestão Municipal da Secretaria de Saúde; Coordenação Municipal da Atenção Primária – com suas 55 equipes de saúde da família e profissionais do Centro Especializado em Assistência Materno Infantil (Ceami). O projeto se deu em várias etapas, iniciando com alinhamento conceitual (oficinas teóricas) para todos os profissionais da APS, abordando temas voltados à APS e Redes de Atenção à Saúde. A segunda etapa se deu com a implementação dos conhecimentos adquiridos aliados à prática no serviço, com o auxílio de tutorias em cinco Unidades Laboratórias que implantavam/implementavam os aprendizados e depois replicavam para as demais Unidades Básicas de Saúde (UBS). A terceira etapa contemplou o planejamento da programação dos exames preconizados no pré-natal para que todas tivessem acesso em tempo oportuno; a capacitação dos profissionais quanto à estratificação de risco de gestantes e crianças; e a implantação do serviço de referência para gestantes e crianças de alto risco. Os resultados apontaram para a melhoria na qualidade da assistência

do pré-natal e da puericultura executados na APS e no manejo de gestantes e crianças de alto risco a partir da criação do Ceami – com abrangência regional –, que impactou diretamente na queda dos indicadores de morte materna e infantil. Essas mudanças evidenciaram a necessidade da promoção de educação permanente para os profissionais da APS e da AAE; modificou e contribuiu para a remodelação do atendimento na rede de saúde infantil e materna; fortaleceu a sensibilização da população quanto aos direitos e promoção de saúde das gestantes e crianças; implementou novos instrumentos de trabalho que subsidiam o cuidado; e garantiu mais segurança aos profissionais para que prestem um cuidado efetivo e de qualidade a esse público. Compreender que essa estratégia é permanente, que os processos continuarão sendo implementados, monitorados e avaliados, para que, a cada ano, a melhoria da assistência às gestantes e crianças se torne de mais qualidade, melhorando mais ainda os indicadores e salvando vidas, foram as grandes lições deixadas pela Planificação. O município de Caxias, a partir de todo esse processo, tem melhorado os indicadores, resgatando a confiança das gestantes aos nossos serviços, principalmente à nossa Maternidade Municipal, que, por muitos anos, ficou estigmatizada como maternidade da morte e, hoje, volta a ser a maternidade da vida. É de fundamental importância que as políticas públicas provoquem cada vez mais os gestores e os organismos governamentais, para que se possa reconhecer esses óbitos como trágicos; e que essa percepção promova reformas no sistema de saúde de cada estado e municípios e implementem medidas necessárias para a melhoria da assistência à saúde da mulher e das crianças.

GUIA DE VISITA DOMICILIAR PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COM ÊNFASE NOS CICLOS DE VIDA DA FAMÍLIA

Márcia Christina Pereira Oliveira; Marisa Araújo Costa; Joana Karla Dias Moura

MARCIA_CHRISTYNA01@HOTMAIL.COM

A visita domiciliar é uma importante ferramenta para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela possibilita a prática dos princípios básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), como o princípio de integralidade, acessi-

bilidade, coordenação e longitudinalidade. Após tutoria da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região de Saúde de Caxias/MA, foi sugerida a idealização de uma ferramenta que padronizasse e direcionasse a abordagem do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na visita domiciliar. Pretende-se, com este trabalho, organizar o roteiro de visita domiciliar, para qualificar essa atividade do ACS e padronizar esse serviço. O agente comunitário de saúde tem um papel imprescindível no acolhimento, pois é um profissional que faz parte da comunidade, o que permite a criação de vínculos mais facilmente, propiciando o contato direto com a equipe. A visita domiciliar é um tipo de serviço utilizado para prover diversos tipos de intervenções para participantes-alvo. Essa atividade, quando desenvolvida pelo ACS, pode variar amplamente quanto a objetivos, clientes, provedores, atividades e programação. Mediante a proposta, foram realizadas reuniões com profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) Baixinha, que resultaram na elaboração do Guia de Visita Domiciliar. O instrumento foi proposto com ênfase nos Ciclos de Vida das Famílias, trazendo uma abordagem e metas diferenciadas de acordo com o estágio de vida em que a família visitada se encontra. Traz sugestões de perguntas já elaboradas, como também contém itens que serão necessários em todas as visitas, independentemente do contexto familiar. Após conclusão do instrumento, este foi revisto por todos da equipe, houve a impressão do material, que foi entregue para todas as ACS, para servir de material de consulta rápido. O Guia é um dispositivo que facilita essa tecnologia leve, com objetivos definidos e eficientes, tornando-a padronizada e organizada. Este contempla condutas específicas para abordagem das famílias baseadas nos estágios do ciclo de vida das famílias desenvolvido por Duvall. Os principais efeitos de mudança foram visita domiciliar qualificada, identificação de situações antes despercebidas pelas ACS e constante estudo do material entre elas. O guia criado caracteriza-se por ser um instrumento simplificado que possibilitará fácil leitura e utilização, proposto para reduzir falhas, aumentar a qualidade do trabalho do ACS e melhorar o atendimento às famílias durante as visitas domiciliares.

MANEJO DE CRIANÇAS DE ALTO RISCO ACOMPANHADAS PELA ODONTOLOGIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Marcio Henrique Ramos Trindade; Tatiana Belén Álamos Encalada,
Nayra Cristiane da Silva Pinheiro

MARCIO_TRINDADECX@HOTMAIL.COM

Este trabalho pretende relatar a abordagem e o atendimento odontológico em pacientes com necessidades especiais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como experiência-piloto a UBS Itapecuruzinho, em Caxias/MA. Muitos dos pacientes eram portadores de problemas periodontais e cáries, decorrentes da dificuldade motora ou neurológica, motivo pelos quais esses pacientes apresentavam estresse, preocupação e impotência. A ausência de protocolos e normas repercute na não padronização de serviços ofertados para os portadores de necessidades especiais (PNE). O trabalho foi realizado pelas dentistas e pelo enfermeiro da unidade com proposta de melhorar a qualidade de assistência desses pacientes na área de abrangência do Itapecuruzinho. A partir do processo de planificação, em especial na Atenção Primária, estabeleceu-se a estratificação de risco propiciando o atendimento às crianças com necessidades especiais dentro de parâmetros científicos e com humanização. Com o início do processo, conseguiu-se detectar as crianças estratificadas como alto risco para uma melhor abordagem no atendimento odontológico, organizar o sistema de registro de cada paciente e realizar os encaminhamentos ao serviço especializado, quando necessários. Os efeitos de mudança foram percebidos com a humanização do atendimento, respeitando-se as individualidades e necessidades de cada usuário. A cada abordagem, deve-se realizar uma avaliação prévia, juntamente com os pais/responsáveis do paciente para minimizar riscos e ofertar um atendimento qualificado e resolutivo. O entendimento do conceito de risco e sua aplicação clínica têm um papel importante, para essa classificação baseada em fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais.

MELHORIA DO VÍNCULO EQUIPE E USUÁRIO MEDIANTE FERRAMENTA DE ACOMPANHAMENTO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Samara Cristina Rios da Silva; Lidiane Rodrigues Pereira dos Santos,
Hugo Mariano Ferreira da Silva

SAMARACRS@HOTMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Garantindo o acesso à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é vista como principal forma de promoção e porta referencial para os usuários na rede de atenção à saúde. Neste sentido, a APS é constituída de equipe multidisciplinar que presta assistência a toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. De modo particular, os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) são responsáveis por orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde, acompanhar por meio de visita domiciliar todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, desenvolvendo, ações educativas, bem como acompanhamento de crianças e gestantes, contribuindo para o melhoramento da qualidade de vida das pessoas. Diante disso, foi implantado o monitoramento para aferir o absenteísmo do pré-natal e puericultura, por meio da utilização de Controle de Registro de Cadernetas (CRC) de gestantes e crianças com idade de zero a 2 anos, no município de Caxias/MA, a fim de garantir a manutenção do acompanhamento desse público-alvo. A atividade consiste em realizar uma busca ativa efetiva no acompanhamento de crianças e gestantes. Em cada visita, o ACS monitora as condições de saúde e confere a CRC dos atendimentos da criança e da gestante. Ao constatar que o paciente não compareceu à consulta ou a qualquer outro serviço de saúde agendado, o usuário ou o responsável é orientado a comparecer à unidade ou, na impossibilidade temporária, o ACS entre em contato com a equipe e realiza o novo agendamento. Na UBS Trezidela, os ACS acompanharam 59 crianças com idade de zero a 2 anos, sendo que apenas 5 delas não estão com consulta de puericultura regular. Em relação ao acompanhamento de pré-natal, em uma população de 15 gestantes, todas estavam com 100% de cobertura no atendimento pela equipe. Foi observado que, a partir do monitoramento pelo CRC, ocorreram a qualificação na gestão do cuidado e o incremento na assistência à criança e à gestante, bem como a utilização da ferramenta aproximou os usuários aos

agentes comunitários, fortalecendo o vínculo a eles e ao serviço de saúde. Todos os profissionais da Unidade Básica de Saúde atendem, utilizando as cadernetas para o acompanhamento de crianças e gestantes, com o registro regular das informações.

MONITORAMENTO CRUZADO COMO ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO NA LINHA MATERNO-INFANTIL

Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes; Jozilma Pereira de Araújo; Valeska Cintia Oliveira da Rocha; Aliny de Oliveira Pedrosa; Maraisa Pereira Sena; Egislane da Silva Sales

KELVYA-FERNANDA@HOTMAIL.COM

O Centro Especializado em Assistência Materno Infantil (Ceami) presta atendimento na atenção ambulatorial especializada (AAE) às gestantes e crianças estratificadas como alto risco pela Atenção Primária à Saúde (APS), seguindo as instruções da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Notaram-se lacunas da APS em relação à estratificação de risco, bem como a necessidade de certificar se as orientações do plano de cuidados compartilhado (PCC) estavam sendo monitoradas pelos profissionais das equipes da saúde da família. A estratificação de risco é indispensável para o manejo adequado dos pacientes de baixo e médio risco pela APS e pelo encaminhamento ao atendimento especializado às crianças e gestantes de alto risco. No que tange ao plano de cuidados, esse instrumento é norteador para o tratamento, o que necessita ser analisado pela equipe da APS para implementação da assistência. Refletindo acerca da problemática, o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do Ceami fomentou a efetivação de uma estratégia que prioriza a qualificação da atenção à saúde, nomeando-o como Monitoramento Cruzado (MC), com o incentivo e colaboração da equipe do Ceami. Assim, o MC integra mutuamente os diferentes locais de assistência (APS e Ceami) e da gestão, por meio da visita à Unidade Básica de Saúde (UBS), dialogando com a equipe sobre as ações e as experiências do cuidado compartilhado, observado à luz das diretrizes clínicas. Para a seleção da UBS a ser visitada, é realizado um sorteio no dia da atividade quando, então, um representante do NEP, um dos profissionais do Ceami e o coordenador municipal da APS se deslocam à unidade selecionada. O MC acontece em um clima de coopera-

ção mútua, estimulando-se a cultura de aprendizado em conjunto, inclusive com os erros. Dessa forma, é realizada a visitação de todos os setores da UBS, observando-se os processos de trabalho, bem como a análise dos registros de um prontuário (selecionado aleatoriamente), com atenção especial para o cumprimento da gestão da clínica prestada às gestantes e crianças, tanto na atenção primária à saúde quanto na atenção ambulatorial especializada. O monitoramento cruzado é realizado mensalmente e envolve todos os profissionais e serviços ligados à linha de cuidado materno-infantil. Após as visitas, têm-se como meta inicial a confiabilidade na estratificação de risco, o aperfeiçoamento nos processos organizacionais nas UBS e as melhorias quanto ao registro no Prontuário Clínico Eletrônico (PCC). Esta estratégia tem caráter educativo, o que possibilita o estabelecimento de um elo de troca de conhecimentos entre o Ceami e a APS, com acesso facilitado, tendo como consequência o progresso na qualidade da assistência e o estímulo à cultura do monitoramento e avaliação. No ato do MC, percebe-se que o apoio mútuo deve ser cada vez mais presente e que há aspectos essenciais que são indispensáveis, como exemplo, a qualificação dos registros e do atendimento profissional, a busca por instruções científicas recomendadas, entre outros. Percebe-se a importância do MC e de sua permanência efetiva, sendo um meio eficaz para diálogo dos profissionais. A cada visita realizada, valoriza-se as potencialidades e a necessidade de permanente vigilância e qualificação no atendimento materno-infantil, com base nas evidências científicas e no efetivo alinhamento dos protocolos entre a APS e Ceami.

ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: POSSIBILIDADES E AVANÇOS

Ângela de Melo Santos; Raquel Ferreira Coelho, Juliana Lima Costa de Souza

ANJAPEDAGOGIA@HOTMAIL.COM

O reconhecimento dos sinais do Transtorno do Espectro Autista (TEA) necessita de um olhar diferenciado, e a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) pode detectar precocemente e trabalhar as ações com foco no autocuidado apoiado, tanto ao usuário quanto à família. No município de Caxias/MA,

constatou-se a presença de usuários com diagnóstico de TEA na APS sem o devido acompanhamento. Quanto antes se iniciar um acompanhamento, melhor será para auxiliar o desenvolvimento de uma pessoa com TEA, entretanto, muitos cuidadores demoram a associar alguns sinais a essa condição ou tomam uma posição de não aceitação, atrasando o início dos cuidados específicos. Durante o projeto, foram realizadas capacitações com os ACS de três UBS, para identificação de possíveis casos de TEA, para posterior acompanhamento com os profissionais da Equipe NASF-AB e, se necessário, encaminhar aos serviços especializados, focando sempre na autonomia do sujeito quanto ao autocuidado. As estratégias utilizadas foram: atendimento individualizado; orientação aos pais quanto a atividades a serem realizadas em casa; atendimento com fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social para a criança com TEA e seus familiares. As intervenções realizadas consistem em atividades que trabalhem a seletividade alimentar, aquisição da fala, arteterapia, coordenação motora fina e coordenação motora grossa, assim como a aceitação e envolvimento da família no acompanhamento. As medições de melhoria são percebidas pela aceitação da família quanto ao TEA e busca de melhoria para o tratamento, desenvolvimento da fala, diminuição de estereotípias, melhora na coordenação motora grossa e fina, socialização e aceitação de alimentos, em relação às que a criança não desenvolvia e/ou não tinha interesse. As mudanças são percebidas pela assiduidade nas atividades com a equipe multidisciplinar e, em outras instituições, a continuidade das atividades na residência familiar, pelo olhar bastante atento dos ACS quanto aos sinais de desenvolvimento ou atraso – momento em que devem realizar o encaminhamento para o atendimento nos serviços de saúde. Por ocasião das intervenções precoces, durante as terapias, os familiares passam a ver o indivíduo com transtorno de forma diferenciada, focando nos avanços. A significância dos atendimentos e a formação dos ACS, que monitoram suas áreas de atuação por meio da estratificação de risco e baseados em um plano de cuidado individualizado, constituem-se pontos favoráveis ao sucesso da intervenção. Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, as equipes da APS são importantes na identificação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento. Isso, no entanto, só é possível quando os territórios estão definidos, estratificados, atuando sob vigilância e com planos de cuidados bem estabelecidos.

CHECKLIST DA IMUNIZAÇÃO: UM INSTRUMENTO DE MELHORIA E MONITORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Marisa Araújo Costa; Irana Kelly Silva Araújo;
Lourivânia da Silva Araújo Custódio; Juscelina Pereira da Silva

MARISA_MAC81@HOTMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A Planificação da Atenção à Saúde tem como objetivo o fortalecimento da Atenção Primária na organização das Redes de Atenção à Saúde. Esse redesenho disponibiliza instrumentos de avaliação e monitoramento dos micro e macroprocessos, entre eles, o checklist da Imunização, com base na normatização de procedimento operacional padrão (POP), para organização da sala de vacinação. Durante a Planificação no município de Caxias/MA, evidenciou-se fragilidade nos processos de trabalho da sala de vacina da Unidade Básica de Saúde (UBS) Baixinha, selecionada como Unidade Laboratório. Entre os objetivos da sala de imunização, inclui-se garantir a máxima segurança nos processos de trabalho e redução de risco de contaminação nos indivíduos vacinados, bem como para a equipe de saúde. O preenchimento do checklist, realizado pela equipe de saúde da unidade básica, sob a responsabilidade partilhada da equipe multiprofissional, propicia uma avaliação criteriosa dos microprocessos relativos à segurança e qualidade do serviço. Os itens identificados com respostas “razoável, limitada ou não existente” demonstram inconsistência nos processos, que são trabalhados em formato de Plano de Ação elaborado e pactuado pela equipe, contendo a problemática, a ação proposta, o responsável, o prazo de execução e as observações. As atividades que compõem o plano de ação são executadas pelos responsáveis e monitoradas pela equipe em reunião sistemática. Após a execução do plano de ação, espera-se a melhoria dos processos executados, que repercutem em uma sala de vacina com processo de trabalho adequado e maior segurança para os usuários e para a equipe. A melhoria é mensurada com a aplicação contínua do checklist que sempre culmina com um novo plano de ação para correção de não conformidades detectadas. Trabalhar com base em planejamento, com definição de objetivos e metas claras, traz eficiência e efetividade nas ações e mantém a organização adequada dos serviços. O

uso do checklist da sala de imunização garante o monitoramento e a avaliação para uma assistência mais qualificada aos usuários, sendo necessária a continuidade da reaplicação dele. Ressalta-se a importância do trabalho em equipe para garantir a eficiência e qualidade do serviço em todos os setores da unidade de saúde, sendo todos corresponsáveis pelos resultados obtidos.

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO MARANHÃO: AVANÇOS E DESAFIOS

Ana Carolina U. R. Fernandes; Carlos de Oliveira Lula

ANACAROLINAURF@GMAIL.COM

O Projeto Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado do Maranhão teve início em 2015 na Região de Caxias e, posteriormente, expandiu-se para as regiões de saúde de Timon, Balsas e São João dos Patos, envolvendo quase a totalidade da macro Leste do Estado. A implantação da planificação veio no intuito de combater os altos índices de mortalidade materna e infantil do estado, sendo as principais causas relacionadas a fragmentação entre os pontos de atenção da rede, fragilidades detectadas no manejo de crianças menores de dois anos e no pré-natal de risco habitual e alto risco, assim como na governança da rede de atenção materno-infantil. Para melhores resultados, foram necessários o envolvimento e a sensibilização de gestores, coordenadores e profissionais de saúde. O alinhamento é uma constante entre o nível estadual, municipal e equipe do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) por meio dos grupos condutores, e isso tem sido um grande diferencial para a sustentabilidade de todo o processo. As estratégias de melhorias incluem a organização da Atenção Primária à Saúde e a garantia de atendimento na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Beneficiaram-se com a estratégia: 1.200 profissionais na região de Caxias; 1.600 profissionais na região de Timon e 550 profissionais no município de Balsas. A intervenção consistiu na organização dos processos por meio da construção social da atenção primária e no estabelecimento do cuidado compartilhado com a atenção especializada, tendo como base teórica o Modelo de Atenção às Condições Crônicas – Macc. A redução de

mortalidade materna na região de saúde de Caxias foi o mais evidente efeito de mudança entre as regiões em planificação, tendo uma queda no indicador Razão de Mortalidade de 308,34 em 2015 para 51,63 em 2019. As demais regiões apresentaram também redução de mortalidade, com destaque para a região de Balsas que apresentou 400 dias sem óbito materno nos meses entre os anos de 2017 e 2018. A região de Timon apresentou período de evidente queda nesse indicador no período de 2016 a 2017, saindo de 77,20 de razão de mortalidade para 25,03 respectivamente. Apresentou, porém, crescimento em 2019 alcançando razão de 206 óbitos /100.00 nascidos vivos. O comportamento na frequência de óbitos infantis nas três regiões foi similar à mortalidade materna, apresentando decréscimo constante ao longo dos últimos anos. O envolvimento da gestão municipal é condição sine qua non para a transformação da realidade local. Além do apoio da gestão, o reconhecimento de cada profissional a respeito de sua responsabilidade em cada processo de trabalho faz toda a diferença. Isso tem sido possível devido à formação em serviço proporcionada pelas tutorias. A Planificação da Atenção à Saúde trouxe consigo o reconhecimento do verdadeiro papel da atenção primária. Trouxe a certeza de que é possível fazer mais com menos, que é possível transformar práticas de trabalho e que é provável, com a organização de processos, atingir resultados inimagináveis.

EMPODERAMENTO DO USUÁRIO NO ATENDIMENTO COMPARTILHADO PARA FAVORECIMENTO DO AUTOCUIDADO APOIADO

Mara Lilian Souza Correia; Daniela Farias de Carvalho;
Kelvyta Fernanda Almeida Lago; Aliny de Oliveira Pedrosa

MARA@YAHOO.COM.BR

O uso de imagens ilustrativas é considerado relevante nas orientações em saúde, pois proporciona na vida das pessoas a facilidade de entendimento, o que possibilita alcançar a criança e seus familiares de forma global, particular, criativa e participativa para adesão ao tratamento. Na região de Caxias/MA, devido à alta demanda para tratamento no Centro de Especialidade em Assistência Materno Infantil (Ceami) e pensando em favorecer o potencial de autocuidado apoiado, com a participação da equipe mul-

tidisciplinar e da família no tratamento de crianças de alto risco, bem como reduzir o fluxo de atendimento nessa unidade, foi pensado este projeto de intervenção, de forma a resguardar a atenção em sua integralidade, inerentes à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, respeitando, sobretudo, a individualidade do usuário. A proposta principal da equipe é oferecer empoderamento do usuário no atendimento compartilhado, no intuito de otimizar o tempo, colaborar para o atendimento integral e multidisciplinar, cada um ofertando a sua conduta de forma acessível por meio de figuras educativas a fim de contemplar um objetivo comum. Durante os atendimentos, são levantadas as alterações/variáveis que devem ser modificadas no cotidiano da criança com a utilização da estratégia participativa, associadas a recursos lúdicos; esclarecendo a família para que faça adesão participativa e significativa no tratamento das crianças, entendendo sua realidade e a possibilidade de alcançar sucesso no processo de acompanhamento na atenção especializada. Os termos técnicos são decodificados em imagens ilustrativas com linguagem popular conforme a demanda, necessidades e anseios do público-alvo. Com base nas dificuldades apresentadas, são elaboradas metas a serem alcançadas, construídas de acordo com cada caso específico e a colaboração dos familiares para estabelecimento das orientações a serem repassadas. As orientações são transmitidas de maneira lúdica, identificadas com os familiares de forma simples, que funcionam como um estímulo. Quando visualizam as imagens com as metas identificadas, eles conseguem fazer as associações da criança com sintomatologia semelhante, o que se avalia como aprendizado adquirido. A análise comparativa dos acompanhamentos identificou mudanças significativas por meio de uma assistência abrangente, revelando que os acompanhantes promoveram mudanças necessárias em relação às crianças, tanto no aspecto preventivo quanto de reabilitação. Nessa vivência, é perceptível que as intervenções tiveram rendimento satisfatório em relação às crianças. A experiência permitiu conhecer as peculiaridades de cada grupo familiar para planejar orientações compreensíveis e significativas aos acompanhantes, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de alterações. Com o uso da estratégia por meio de imagens, nota-se um processo de mediação que facilita a compreensão de cada meta a ser alcançada, constatando-se, dessa forma, o interesse e a adesão ao tratamento.

PLANO DE CUIDADOS COMO DISPOSITIVO MATRICIADOR PARA USUÁRIOS DE ALTO RISCO

Aliny de Oliveira Pedrosa; Kelvya Fernanda Almeida Lago Lopes; Kalyanne Maria Nogueira Paiva; Egislane da Silva Sales; Valeska Cintia Oliveira da Rocha; Mara Lilian Sousa Correia

ALINYPEDROSA08@HOTMAIL

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Com a Planificação da Atenção à Saúde na Região de Caxias/MA, houve a integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para prestar uma melhor assistência aos usuários estratificados como alto risco. Esses usuários necessitam de ações de vigilância da Rede de Atenção à Saúde, havendo necessidade de uma comunicação efetiva entre a APS e os demais pontos de atenção. Com a estratificação de risco de gestantes e crianças, começaram a surgir muitas dúvidas em relação ao manejo de cada condição, além disso, notou-se que o cuidado qualificado precisava ser estabelecido em uma linguagem única entre os dois níveis de atenção, constituindo um único microssistema clínico. A equipe do Centro de Especialidade em Assistência Materno Infantil (Ceami) é constantemente capacitada por técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em relação ao preenchimento do Plano de Cuidados (PC), a fim de garantir um cuidado de excelência que possa contribuir para a educação do usuário e da equipe que compartilha o cuidado. Para avaliação da eficácia do PC, é realizado o monitoramento cruzado com equipes da APS, assim como reuniões de rotina para discussão de casos. Nessa ocasião, oportunidades de melhorias são identificadas e transformadas em atividades de um plano de ação, construído em conjunto com todos os membros da equipe e pactuado com o usuário. Os planos de cuidado são monitorados constantemente, focando em cada categoria profissional; e, em meio a lacunas, estratégias são desenvolvidas, como, por exemplo, a implantação do prontuário eletrônico no Ceami, que integrará as informações dos usuários e profissionais registradas na APS. Os PC são também avaliados a cada tutoria, percebendo-se a evolução crescente das ações sugeridas, em busca da melhoria da qualidade. Usuários, em alguns momentos, também participam da discussão dos planos de cuidado, quando monitorado em suas unidades de referência. Quando as gestantes e responsáveis pelas crianças de alto

risco recebem o plano de cuidado individual, sentem-se acolhidos e mais seguros, tornando-se corresponsáveis pelo cuidado e sendo também monitorados pelas equipes que os assistem. A cada plano de cuidado elaborado ou revisado, há a garantia de aprendizado mútuo e a certeza de que o cuidado é compartilhado entre a APS e o Ceami, com a possibilidade constante de adequações e a necessidade de monitoramento diário.

PLANO DE CUIDADOS COMPARTILHADO: UM INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO, DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, QUE AUXILIA NA CONTINUIDADE DO CUIDADO DOS USUÁRIOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Camila Dayane Andrade Lopes

CAMILA_DAYANNE@YAHOO.COM.BR

No Município de Caxias, no interior do estado do Maranhão, vivenciamos avanços na melhoria da assistência aos usuários na linha de cuidado materno-infantil, que vem passando pelo processo de Planificação da Atenção à Saúde, desde o ano de 2015. Observou-se, enquanto problema, a ausência de comunicação entre os serviços, dificultando para o usuário a garantia da continuidade do cuidado. Após a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e consolidação do seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, foi necessária a integração desta com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), concretizando, de fato, a implantação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil. À medida que foram implantados novos processos de trabalho, foi possível realizar a discussão entre os dois serviços, melhorando a relação entre eles além de qualificar a assistência às gestantes e crianças do município e da região. Com a implantação de diretrizes clínicas e estabelecimento da estratificação de risco de crianças e gestantes, que anteriormente eram acompanhadas somente na APS, foi estabelecido o fluxo de encaminhamento para o serviço especializado daqueles usuários que apresentassem estratificação de alto risco. Com a definição de que a assistência ambulatorial especializada seria realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar – composta por sete especialidades para

o atendimento das crianças e seis especialidades para o atendimento das gestantes –, fez-se necessária a elaboração de um instrumento que esses profissionais preencheriam ao longo do atendimento no centro especializado. Denominado de “Plano de Cuidados Compartilhado”, esse instrumento é o produto do atendimento especializado, no qual são registrados: impressão diagnóstica, dados vitais, antropométricos, avaliações ou exames realizados, recomendações e pactuações entre a equipe multiprofissional e o usuário ou seu responsável, de forma que a contribuição de cada especialista possa ser útil para auxiliar no manejo desse paciente na APS, que possui a responsabilidade de monitorar o instrumento dando continuidade ao cuidado do usuário, evitando agravos que possam trazer prejuízos à sua função. Todos os usuários que são encaminhados para o serviço especializado (Centro Especializado em Assistência Materno Infantil – Ceami) concluem o atendimento com seu plano de cuidados compartilhado, que deverá ser levado até a sua equipe de Estratégia Saúde da Família para que ele possa ser monitorado pelos membros da equipe dentro da sua unidade básica de origem, ou em qualquer outro ponto de atenção da rede de saúde em que esse usuário precise utilizar. A utilização dessa ferramenta tem contribuído efetivamente para a comunicação entre as equipes, aproximando os profissionais que estão envolvidos com a assistência aos usuários e facilitando a troca de saberes entre estes. Dessa forma, resulta em melhorias e qualidade da assistência por meio do empoderamento das equipes no manejo clínico, além da organização do fluxo de atendimento priorizando o acesso e estabelecendo vínculo do usuário na APS, que representa a porta de entrada destes para os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

A EXPERIÊNCIA DO CIRCUITO DE ATENDIMENTO À GESTANTE NA UNIDADE LABORATÓRIO DANIEL GUANABARA EM COELHO NETO/MA

Charlene Dipaula da Costa Martins, Gladis Sayuri Carvalho e Bianca da Silva Crateús Tourinho

CHARLENEDIPAULA@GMAIL.COM

Uma atenção de qualidade no pré-natal é capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil, uma vez que a identificação do risco

gestacional pelo profissional permite a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. A organização dos processos de trabalho, a capacitação profissional e a organização de fluxos dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) são fatores de extrema importância para esse processo. Este trabalho destaca a importância da qualidade e do cuidado multiprofissional no pré-natal e a implementação nos processos de trabalho. No município de Coelho Neto/MA, a desorganização dos processos de trabalho, a baixa adesão ao pré-natal, a baixa qualidade da assistência e do cuidado multiprofissional ofertado às gestantes e a baixa qualidade dos registros em prontuário tencionaram a mudança do modelo assistencial, para a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) e a adoção de um “circuito de atendimento à gestantes” realizados na Unidade Laboratório “Daniel Guanabara”. Participam desse novo formato de assistência uma equipe multiprofissional, composta com profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e atenção hospitalar. Estratégias utilizadas para a organização dos processos de trabalho priorizam a estratificação de risco da gestante nas consultas de pré-natal, a formação de grupos operativos, a elaboração do plano de cuidados individualizado e o autocuidado apoiado. Foi realizada uma análise da qualidade da assistência e do cuidado multiprofissional oferecido às gestantes durante o circuito de atendimento na unidade laboratório. A coleta dos dados se deu por meio da análise dos registros realizados nos prontuários das gestantes, vinculadas ao pré-natal da unidade e que utilizaram a nova modalidade de atendimento. Após as vivências do atendimento multiprofissional às gestantes, observou-se uma melhora significativa da qualidade das orientações ofertadas a esse público, que passaram a ser focadas nas suas especificidades e particularidades. Notou-se ainda um maior apoio à equipe da ESF após a organização dos processos e dos fluxos dentro da UBS. Com a organização dos processos e a potencialização das equipes, observou-se uma maior adesão ao pré-natal e fluxos organizados dentro da UBS. Contudo, ainda é preciso potencializar a comunicação entre os profissionais da ESF e da atenção hospitalar para que assim possamos garantir a solidez e eficácia dessa nova ferramenta de trabalho. A estratificação de risco mostrou-se um importante instrumento de trabalho, devendo ser registrado na carteira da gestante, permitindo assim a comunicação das equipes

da APS com os demais níveis da atenção. A captação precoce da gestante e o acompanhamento sistemático com uma equipe multidisciplinar também são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade. Igualmente, mostram-se fatores determinantes a capacitação profissional, a qualidade dos registros e a comunicação entre as equipes. A Planificação da APS foi fator de extrema importância, pois organizou os processos de trabalho e propôs intervenção para qualificar a atenção prestada à população, fortalecendo assim a APS na coordenação do cuidado,

n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo

A IMPORTÂNCIA DO PLANO DE AUTOCUIDADO APOIADO PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO CONTINUADA: A VISÃO DOS USUÁRIOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARQUE UNIÃO NO MUNICÍPIO DE TIMON/MA

Adriana Silva Trinidad; Anny Karole Martins de Moraes;
Érica Coelho de Sá Rufino; Kélllyda Lima Monteiro Gedeon

TRINIDAD.DRI@GMAIL.COM

Há uma crise no microssistema clínico entre equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e usuários. Para dar conta das condições crônicas dos usuários, uma nova clínica deve incorporar um conjunto de mudanças; entre elas, a implantação do plano de autocuidado apoiado, como forma de melhorar a atenção continuada. O fracasso dos sistemas de atenção à saúde fragmentados, no plano micro, determinou a falência da principal instituição que o sustentou, a consulta médica de curta duração. O modelo de atenção centrado na atenção uniprofissional, em tempo curto, é fonte de inúmeros problemas. A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. O autocuidado apoiado prepara e empodera usuários para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. É preciso cooperação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados. É a gestão colaborativa do cuidado, em que os profissionais de saúde deixam de ser

prescritores para se transformarem em parceiros das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Estratégia de melhorias: a atenção colaborativa e centrada na pessoa é o primeiro passo para fortalecer a atenção continuada. O plano de autocuidado apoiado deve ser individualizado, ter metas realistas e ser elaborado em acordo com o paciente, os profissionais da equipe multiprofissional e com os familiares, devendo ser elencados todos os recursos disponíveis na comunidade e segmentos da saúde para efetiva realização. A equipe multidisciplinar foi formada por duas enfermeiras, duas médicas e dois dentistas, atuantes em Unidade Básica de Saúde, além de uma nutricionista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, que atuam no NASF da região adscrita. Em um único dia, cada profissional consultou cada paciente, e estes responderam um questionário com metas e pactuação, com posterior reunião para discutir e individualizar o plano de cuidado. O resultado dos questionários respondidos pelos usuários, possibilitou ratificar a importância desse plano como necessário para fortalecimento de vínculo com a equipe e empoderamento do usuário, para o autogerenciamento de sua saúde. As mudanças foram sentidas pela ampliação na habilidade e na confiança dos usuários em gerenciarem suas condições de saúde no dia a dia, assim prevenindo, controlando ou reduzindo os impactos de suas condições crônicas; relação estabelecida; e a valorização da equipe para com o outro, dessa forma, considerando sua história de vida e sua capacidade em resolver seus problemas. Com o reconhecimento do grau de motivação que o paciente se dispõe em querer mudar, a equipe de saúde apresenta uma maior efetividade na escolha das estratégias de ação, ou seja, aquelas que favoreçam o trânsito de um estágio para outro, na sustentação das mudanças, na prevenção de recaídas e no fortalecimento do compromisso para com a mudança. É de fundamental importância a elaboração de um plano de autocuidado individualizado com metas realistas para atender às necessidades dos pacientes e, dessa forma, colaborar para a reabilitação e reinserção dos indivíduos, buscando um cuidado humanizado e integral em todos os níveis de atenção

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O USO DO APLICATIVO WHATSAPP PARA MELHOR INTERAÇÃO COM AS GESTANTES ACOMPANHADAS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 08 – PARQUE ALVORADA, TIMON/MA

Ana Glaucy Silva Cardoso

ANAGLAUCY_2@HOTMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

O WhatsApp é um aplicativo de mensagens via Internet que possibilita a comunicação a partir do compartilhamento instantâneo de texto/voz, imagens, músicas e vídeos, portanto, utilizar esse aplicativo na assistência em saúde tem demonstrado resultados satisfatórios como ferramenta de comunicação entre profissional/paciente e como educação em saúde. Devido às mudanças efetuadas na assistência pré-natal com a planificação, observou-se a necessidade de obter um canal de comunicação em que a gestante pudesse esclarecer algumas dúvidas que, porventura, não foram sanadas durante o atendimento, bem como realizar busca ativa de faltosos. No momento, apenas as enfermeiras estão utilizando essa ferramenta, já que os demais membros da equipe estão com resistência em utilizá-la, uma vez que o acesso está sendo direto, sem limite de dia ou horário. O WhatsApp está sendo utilizado para melhorar a relação entre profissional/usuários e facilitar a comunicação das atividades realizadas na unidade, aumentando assim a participação popular em ações educativas. A ideia surgiu para lembrar as gestantes das reuniões do grupo operativo, pois havia pouca participação, sendo o esquecimento o principal motivo elencado. Assim, o grupo de WhatsApp foi utilizado também para confirmar o agendamento e o dia das consultas e exames, bem como para retirar dúvidas após os atendimentos. Mudanças importantes foram observadas em relação ao acompanhamento pré-natal, tais como: aumento na adesão ao pré-natal, incremento no número de gestantes em acompanhamento e com exames realizados, cobertura de imunização adequada, comparecimento às consultas odontológicas, maior adesão à puericultura e aumento da amamentação exclusiva até o sexto mês. O aumento da relação de confiança, compromisso e vínculo entre equipe/usuário mostrou maior efetividade do trabalho realizado com as gestantes da ESF 08. Apesar das melhorias, é preciso ter em vista que o uso do aplicativo não substitui as avaliações presenciais.

MINAS GERAIS

A INTRODUÇÃO DE NOVAS TECNOLOGIAS PARA O MANEJO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA UBSF SANTA LUZIA, NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG

Mariana Machado dos Santos Pereira; Melyne Serralha Rocha, Rúbia Pereira Barra

MARIANAMACHADO@SAUDESUTORSUL.ORG.BR

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Santa Luzia, em fevereiro de 2017, tornou-se uma unidade laboratório da Planificação da Atenção à Saúde – desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) –, denominada, porém, no município de Uberlândia-MG, como “Qualifica SaUDI”. Na UBS, a clínica era concentrada nos encontros clínicos individuais face a face, com consultas médica e de enfermagem. Existiam atividades em grupos, realizadas de forma tradicional, não se resolvendo os problemas das pessoas usuárias com diabetes e hipertensão, que se mantinham descompensadas. Uma equipe de saúde da família ancorada fortemente em médicos e enfermeiros não possibilita a utilização de novas formas de atenção profissional. Diante disso, definiu-se pela implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc), introduzindo novas formas de atenção profissional na clínica, juntamente com novas relações entre especialistas, generalistas e profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF. As evidências que sustentam esse movimento estão bem definidas no Macc. As novas formas de atenção profissional utilizadas foram a Atenção Contínua, Atenção Compartilhada em Grupo e ações de Autocuidado Apoiado. Essas tecnologias são altamente resolutivas e de baixo custo. A equipe da ESF seleciona os usuários diabéticos e hipertensos de alto risco e, juntamente com a equipe do NASF, dirigem-se para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) onde, com o cardiologista, endocrinologista e oftalmologista, realizam a Atenção Contínua. É elaborado um plano de cuidado multiprofissional, interdisciplinar com foco na estabilização dessas condições e melhoria dos resultados para a saúde desses cidadãos. Após dois anos de início da organização desse processo, observou-se uma melhoria no estado clínico dos pacientes diabéticos e hipertensos, sendo que 77% melhoraram

os resultados dos seus exames, 10% se mantiveram no nível, 6% quiseram abandonar o projeto e apenas 6% pioraram. As intervenções do autocuidado apoiado trouxeram uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias. Ao pactuar o plano de autocuidado apoiado, os usuários se empoderaram, tornaram-se protagonistas do seu cuidado e responsáveis pela sua condição de saúde. A Atenção Compartilhada em Grupo, para acompanhamento dos usuários, mudou a forma de trabalho em grupo na unidade de saúde. Os profissionais, por meio das discussões dos casos com especialistas, foram se capacitando, e se sentiram seguros para manejar os pacientes com diabetes e hipertensão; e, em caso de dúvida, entram em contato via WhatsApp com os especialistas. Com isso, houve uma diminuição dos encaminhamentos para a AAE e uma melhoria no manejo dessas condições. O cuidado multiprofissional foi bom para todos. Para os médicos, porque os retiraram de algumas tarefas que não solicitam as suas competências; para os outros profissionais de saúde da equipe multiprofissional, porque foram incluídos no trabalho em time com distribuição de tarefas. A participação dos especialistas trouxe a educação permanente para todos os profissionais. As tecnologias leves utilizadas como rotina na clínica, como indicam as evidências em muitos países, apresentaram resultados favoráveis no controle das condições crônicas.

A IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NO SETOR SUL DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG

Melyne Serralha Rocha; Rubia Pereira Barra

MELYNE@MISSAOSALDATERRA.ORG.BR

A Organização Social Missão Sal da Terra gerencia, por meio de contrato de gestão, 21 ESF, 3 EAB, 2 Unidades de Atendimento Integrado (UAI) e 1 ambulatório de especialidades, no Setor Sul de Uberlândia, responsável por uma população de aproximadamente 178 mil habitantes. Em fevereiro de 2017, sob orientação da Secretaria Municipal da Saúde, iniciou a implantação da Planificação da Atenção à Saúde para a organização dos macros e microprocessos da APS e a implantação do Modelo de Atenção às Condições

Crônicas (Macc). Embora os processos de trabalhos estivessem em fase de organização, notava-se que o Macc não estava implantado em sua totalidade. Observavam-se fragilidades relacionadas à estratificação de riscos de hipertensos, diabéticos e idosos, à integração entre APS e AAE e à implantação de novas tecnologias para o manejo de crônicos. Os profissionais das equipes participaram de oficinas conceituais e de momentos de tutoria. Trabalharam-se com as equipes a construção social da APS e o Macc; e na tutoria, utilizaram-se as matrizes de gerenciamento de tutoria. Focou-se em alguns pontos principais, como a implantação do agendamento por blocos de horas e o uso do WhatsApp para confirmação das consultas, a estratificação de risco de hipertensos, diabéticos e idosos, o uso de tecnologias como a atenção contínua e atenção compartilhada em grupos e autocuidado apoiado. As crianças e gestantes já estavam estratificadas. Os principais resultados foram: 90% das crianças < 2 anos estratificadas, sendo 80% delas com consultas conforme parametrização; 100% das gestantes estratificadas, sendo 91% delas com consultas conforme parametrização; 84% dos diabéticos estratificados, sendo 75% deles com consultas conforme parametrização; 83% dos hipertensos estratificados e 70% dos hipertensos com consultas conforme parametrização; 93% dos idosos estratificados; 936 pacientes participaram da Atenção Contínua, sendo que 66,4% reduziram a hemoglobina glicada (HgA1c). O agendamento por bloco de horas e a confirmação das consultas por telefone ou WhatsApp mantêm as salas de espera das unidades de saúde sempre com usuários bem acomodados durante todo o período de atendimento. Usuários com condições crônicas, por terem sua consulta programada e garantida, deixaram de buscar a unidade constantemente. Um maior número de diabéticos e hipertensos estão se mantendo controlados. As mudanças na forma de atenção baseada no Macc trouxeram: o uso de novas tecnologias, prática do autocuidado e do cuidado profissional; a distribuição da atenção profissional, por membros, na equipe multiprofissional; a integração da APS e AAE; e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde. A implantação do Macc no Setor Sul está exigindo mudanças bem definidas no modelo e forte liderança para responder aos desafios do cuidado das condições crônicas. A essência da mudança é construir capacidade para gerir a situação epidemiológica presente, a fim de propor resultados satisfatórios, com a implantação do Macc.

MATRICIAMENTO EM REUMATOLOGIA INTEGRANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Poliana Castro de Resende Bonati; Rubia Pereira Barra e Humberto Machado de Resende

POLIANARESENDE@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Em 2017, por meio da Planificação da Atenção à Saúde, metodologia do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) de Uberlândia/MG foram qualificadas para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e interação mais resolutiva com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Os tempos de espera constituem um dos principais problemas dos sistemas de atenção à saúde no SUS. Durante a organização dos processos da planificação, observou-se que as pessoas usuárias aguardavam cerca de até dois anos para uma consulta de reumatologia. O município, com 683.247 habitantes, possuía apenas dois médicos reumatologistas para atender uma fila 2.709 pacientes. A reumatologia trata de condições graves como lúpus, mas também situações de baixa complexidade como a fibromialgia. Existiam critérios de ordenamento por necessidades e riscos que necessitavam ser revisados, e os médicos da APS não estavam capacitados para o uso do protocolo. Os reumatologistas revisaram os critérios para encaminhamento para Atenção Especializada e capacitaram os clínicos das UBS convencionais e médicos da Estratégia Saúde da Família. A coordenação da APS sensibilizou os gestores das unidades básicas para a importância da participação dos profissionais na capacitação e dos usuários da lista de espera serem reclassificados de acordo com o novo protocolo. De acordo com o protocolo, os pacientes estratificados como azuis e verdes (baixa prioridade) foram manejados na APS com apoio do especialista e da equipe multidisciplinar, garantindo o acesso dos pacientes amarelos e vermelhos (média e alta prioridade), no tempo certo, na AAE. Por meio de tutoria mensal, o reumatologista, o médico clínico ou o médico de família atendem usuários selecionados na própria UBS, discutindo os casos, colaborando para educação permanente. A equipe multidisciplinar do NASF se responsabilizou na formação dos grupos de fibromialgia, com reforço do autocuidado apoiado de forma que esses usuários não retornem para novas consultas médicas. No período de maio de 2017 a setembro de 2019, das 10 unidades laboratório,

3 reduziram em 100% a fila de pacientes azuis e 4 reduziram a fila total da especialidade. A redução das demais unidades teve média de 73,6%. Em 2019, o matriciamento foi expandido para 81 equipes da ESF e 8 UBS. A gestão da lista de espera por meio de estratificação de riscos, capacitação dos profissionais da APS pelo especialista para o manejo de usuários de baixa complexidade e matriciamento feito pelo reumatologista nas UBS trouxe a certeza de que as listas de espera podem ser trabalhadas e que esta metodologia se aplica a várias outras especialidades. A interação da AAE com a APS, além de proporcionar educação permanente e responsabilização pela APS dos casos menos complexos, contribuiu para a atuação interdisciplinar, reduziu o tempo de espera para atendimento, um dos grandes problemas do SUS; e, por fim, possibilitou diagnósticos e intervenções precoces.

INTEGRAÇÃO VIGILÂNCIA EM SAÚDE E APS NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA/MG, POR MEIO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE

Elaize Maria Gomes de Paula; José Luiz Calixto Pereira, Rúbia Pereira Barra

ELAIZE.PAULA@GMAIL.COM

Foi realizada em 2017, em Uberlândia/MG, uma oficina para subsidiar o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na elaboração de proposta de integração Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS), na tutoria na Planificação da Atenção à Saúde. As equipes da VS e da APS da SMS de Uberlândia participaram ativamente da preparação da oficina, inclusive elaborando todos os fluxos necessários à integração efetiva. Apesar dos esforços da SMS, a descentralização da vigilância em saúde ainda não havia provocado a esperada integração dessas práticas às ações de atenção, executadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Várias ações de vigilância em saúde mantinham-se centralizadas. As ações eram realizadas de forma individualizada, pontual, sem programação, os processos completamente desintegrados das equipes VS com APS, o que provocava restrições no efetivo controle das doenças e agravos prioritários. Participaram 104 técnicos da SMS de Uberlândia, além de técnicos dos 10

estados e representante do Ministério da Saúde. Após as oficinas, iniciou-se um trabalho de integração da VS com as equipes de APS, colocando em prática os processos trabalhados na oficina, compartilhando as ações com a participação de todos os envolvidos para prevenção e promoção de saúde no território – VS e APS atuando juntos. Foram realizadas oficinas com participação dos técnicos da VS, da APS e equipes das UBS para apresentação das planilhas de gerenciamento de processos das ações de vigilância em saúde integradas aos momentos de tutorias. Abordaram-se os temas de ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, Controle Vetorial; Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Após a oficina, nota-se uma busca de maior integração entre as ações da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária. Várias ações foram desencadeadas nos territórios, como, por exemplo, ações compartilhadas da VS com APS no controle de roedores, controle de animais peçonhentos, melhoria nas ações para casos de acumuladores, imunização, epizootias etc. Por meio do material da oficina consolidado pelo Conass, as equipes da VS e APS do Município de Uberlândia se sentiram motivadas, resultando em uma maior aproximação dos técnicos da VS com as equipes das UBS, levando para a prática diária, a organização dos processos de integração. A oficina demonstrou para os técnicos da APS e VS que as ações não podem ser isoladas. Compartilhar o conhecimento, organizar os processos e trabalhar em equipe trazem benefícios para a saúde da população, fazendo com que a equipe consiga um melhor aproveitamento do tempo com maior resolutividade para a população e trabalhadores da saúde. Com a realização da oficina, observou-se melhor entendimento dos técnicos da Vigilância e da Atenção Primária, que reconhecem que a responsabilidade do território é de todos e que as ações devem ser integradas para melhor resultado em favor da comunidade.

A PLANIFICAÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA/MG

Karina Kely Oliveira; Rubia Pereira Barra; Poliana Castro de Resende Bonati

KARINAKELLYOLIVEIRA66@GMAIL.COM

A Planificação da Atenção à Saúde, denominada de Qualifica SaUDI em Uberlândia, iniciou sua implantação em 2017, qualificando as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Anteriormente, as equipes da APS atuavam na lógica da “consulta”, com o cuidado centrado na figura do médico. As agendas não respeitavam a estratificação de risco nem a parametrização proposta para cada condição de saúde, o que, na maioria das vezes, deixava os profissionais decepcionados pela carga de trabalho e com pouca resolução perante a rede. A alta rotatividade dos profissionais da APS, aliada à falta de preparo dos novos profissionais, colaborava para uma atuação fragmentada nas condições crônicas. Além disso, a falta de uma metodologia que possibilitasse aos profissionais atuarem de uma forma padronizada trazia as dificuldades relatadas acima. Por meio das oficinas educacionais e da tutoria nas unidades de saúde, iniciou-se a planificação em dez unidades laboratório; e para cada unidade, um tutor era responsável por replicar oficinas tutoriais definidas em vários momentos. Isso fez com que os profissionais conhecessem os processos a serem implantados e se motivaram para mudar os processos de trabalho nas unidades de saúde. As oficinas educacionais, a realização das tutorias e a elaboração de planos de ações, executados com as equipes de acordo com os referenciais teóricos “Construção Social da Atenção Primária” e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas de Saúde (Macc), foram fundamentais para organização da “casa” da APS. As intervenções foram: organização dos macros e microprocessos (vacina, curativo, agendamento por bloco de horas / hora marcada); tutoria em reumatologia; atenção contínua com diabéticos; capacitação da equipe para atendimento e estratificação de risco dos idosos, por meio de mutirão, que ocorrem em todos os setores do município. A planificação trouxe o trabalho multidisciplinar, com as equipes trabalhando interdisciplinarmente, as pessoas usuárias com condições crônicas estratificadas por risco, com suas consultas programadas e garantidas

conforme parametrização de acordo com o risco; e equipes motivadas com os desfechos clínicos. Uma mudança importante relacionada ao acesso foi que as unidades de saúde que apresentavam uma concentração de atendimentos com horários de picos no início da manhã e início da tarde – gerando filas imensas, com salas de esperas lotadas com pessoas esperando em pé –, hoje atendem o dia todo, com todas as pessoas acomodadas com seus atendimentos agendados com hora marcada. A organização dos macroprocessos da APS e a integração com a atenção especializada modificaram a forma de pensar e de agir das equipes de saúde no município. Deu a possibilidade de a coordenação da APS do município trabalhar com uma metodologia comprovada pelo Conass, em busca do fortalecimento da APS.

ATENÇÃO CONTÍNUA: AUTOCUIDADO APOIADO PARA PACIENTES DIABÉTICOS

Marcia Ribeiro da Silva Prado; Geórgia Santos de Souza;
Ana Rita Faria; Nubia Cassia Camargo Carvalho; Cynthia Silva Stockler

MARCIARSPRADO2017@GMAIL.COM

Para a equipe de saúde, é fundamental reconhecer o contexto pessoal e cultural como dimensões importantes na dinâmica de mudança de comportamento. Dessa maneira, estabelece-se uma relação ética na qual a valorização do outro, da sua história de vida e da sua capacidade em resolver seus problemas é considerada. Com o apoio dos profissionais de saúde, o usuário é quem decide quais comportamentos quer adotar nesse momento, pactua e elabora um plano de ação para atingir suas metas. A equipe de saúde acompanha e monitora esse processo, auxiliando-o a adequar seu plano de acordo com os resultados alcançados. Em Uberlândia/MG, a equipe da UBSF Morumbi 1 decidiu trabalhar o autocuidado apoiado no grupo de diabetes sob seus cuidados (excetuando-se os que apresentavam dificuldades de locomoção e/ou impossibilitados de realizar as atividades de autocuidado, em virtude de *deficit* visual, transtorno mental e/ou limitações físicas. O objetivo era provocar mudanças no estilo de vida e alcançar a estabilidade no controle clínico e metabólico do DM, buscando entender o conceito que o usuário tem sobre a doença e quais são as informações necessárias para que ele consiga assumir a autonomia e a corresponsabilidade nas decisões

diárias referentes ao autocuidado, adaptadas à sua realidade socioeconômica e cultural. As metas do plano de cuidado são ajustadas e acordadas com uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, profissionais de educação física, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, médicos clínicos e agentes comunitários de saúde (ACS), além de cardiologista, endocrinologista e oftalmologista. Os profissionais trabalham de maneira interdisciplinar, discutindo os casos e acompanhando a evolução de cada usuário. No domicílio, os usuários continuam sendo acompanhados pelos ACS, que verificam se o plano pactuado com a equipe está sendo cumprido. Visitas domiciliares são realizadas periodicamente pelo “padrinho” gestor do caso. É um atendimento direcionado de forma integral para o usuário, realizado sob um “olhar” integrado, inter e multidisciplinar, no enfrentamento das condições crônicas de maneira inovadora. Esta intervenção é voltada à mudança de comportamento e estilo de vida, aplicada nas ações de adoção de comportamentos saudáveis e apoio ao autocuidado. Os usuários gerenciam seu próprio cuidado, tomam decisões cotidianas sobre alimentação, atividade física e medicação. A equipe de saúde procura ampliar a capacidade de confiança e habilidade dele no manejo de sua condição. Nessa parceria, que se estabelece entre o profissional de saúde e o paciente, é construído, colaborativamente, o Plano de Autocuidado. O intuito desse plano, após avaliação inicial, é aconselhar, esclarecer dúvidas e verificar o que e quanto a pessoa entendeu sobre o assunto. A partir de então, o paciente seleciona algum comportamento para adotar nos próximos dias, considerando seu grau de interesse e de confiança em executar o plano. O acompanhamento do processo de mudança pelo profissional é realizado semanalmente e/ou quinzenalmente. Os registros de monitoramento são diários, pelo usuário e pelo profissional, em uma planilha de monitoramento. Após o monitoramento de três meses, os pacientes são reavaliados por meio de exame laboratorial e de um novo encontro com a equipe multidisciplinar. Além de mudanças observadas em transformações no estilo de vida adotado, pode-se comprovar redução nos valores de hemoglobina glicada (HbA1c), quando comparados o resultado do exame inicial com a continuidade da prática de autocuidado apoiado. Adotar comportamentos saudáveis é fundamental para o alcance das metas do cuidado das condições crônicas. No entanto, as pessoas e as equipes de saúde geralmente desconhecem abordagens

efetivas para lidar com questões como a ambivalência, os obstáculos, os lapsos e as recaídas presentes no processo de mudança. Ao reconhecer isso, a equipe de saúde escolhe as melhores estratégias para apoiar a pessoa no processo de adoção e sustentação de comportamentos saudáveis.

O USO DO APLICATIVO WHATSAPP PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS

Sônia Aparecida Gomes; Kênia Leal Pimenta; Melyne Serralha Rocha

SONIA.UAIPP@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Grande parte da população dispõe de telefone celular. A incorporação dessa ferramenta nos processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve ser considerada, pois a utilização das mídias sociais se tornou um facilitador no cotidiano e deve ser aproveitada para melhorar o acesso aos agendamentos de consultas. O tempo de espera para o agendamento de consultas, a dificuldade de locomoção à unidade, o intenso fluxo de pacientes na central de marcação e a alta demanda de ouvidorias tornavam os agendamentos morosos e trazia insatisfação dos usuários. A incompatibilidade de horários para agendamentos presenciais e o tumulto decorrentes de filas na unidade, somados à organização dos processos de trabalho com a implantação da Planificação da Atenção à Saúde, motivou-nos a implantar o uso da tecnologia do WhatsApp para facilitar os agendamentos. O envolvimento da equipe foi primordial para a mudança do processo de trabalho. Profissionais tanto da Atenção Primária à Saúde quanto da Atenção Ambulatorial Especializada foram sensibilizados sobre a problemática e, posteriormente, capacitados para aprimorar o manejo do aplicativo, a fim de garantir a qualidade e agilidade do atendimento aos usuários. Definiu-se pelo uso do aplicativo WhatsApp, como elo facilitador do processo de agendamento, uma vez que ele possibilita mensagens instantâneas sem custos para o serviço e usuários do SUS. Foi implantado em todos os computadores da recepção o aplicativo WhatsApp Business e divulgado o número para todos os usuários que se deslocavam até a marcação de consultas e salas de espera da unidade. O comprovante de agendamento é fotografado por meio de print e disponibilizado no WhatsApp da pessoa solicitante. A confirmação

de presença da consulta também é realizada via WhatsApp. São realizadas análises de gráficos e relatórios mensais das consultas agendadas por meio do aplicativo. O atendimento via aplicativo proporcionou a redução dos atendimentos presenciais, diminuindo filas na unidade, além de ser uma inovação que facilitou o acesso do usuário. A experiência do atendimento ao público pelo WhatsApp demonstrou que a utilização dessa tecnologia leve beneficia tanto os usuários quanto o próprio sistema de saúde, gerando maior conforto e satisfação. No Brasil, a utilização de mensagens instantâneas é um dos principais usos dos aparelhos móveis. A partir disso, concluímos que o uso do aplicativo WhatsApp para o agendamento dos usuários é fundamental, além de simplificar o acesso, democratiza o processo do atendimento.

A IMPORTÂNCIA DO GRUPO DE FIBROMIALGIA NA REDUÇÃO DA LISTA DE ESPERA PARA CONSULTAS DE REUMATOLOGIA

Diego Camilo Pinto; Tobias Martins Q. Neto

DIEGOSEP86@GMAIL.COM

A fibromialgia é uma condição que se caracteriza por dor muscular generalizada, crônica, que dura mais de três meses e é acompanhada de sintomas típicos, como sono não reparador e cansaço. Pode haver também distúrbios do humor, como ansiedade, depressão, alterações da concentração e memória. No Brasil, a fibromialgia é a segunda doença reumática mais comum, e o tratamento apenas medicamentoso costuma ser ineficiente. A prática do exercício físico contribui para a diminuição da dor, da fadiga, da depressão e na qualidade de vida dos pacientes. Em Uberlândia/MG, com a implantação da Planificação da Atenção à Saúde, os protocolos de encaminhamento para os especialistas foram revistos. As filas de reumatologia era um ponto crítico. Não bastava só intervir na fila, pois o tratamento é multifatorial. O Centro de Especialidades em Reabilitação (CER) já realizava grupos de pacientes com fibromialgia e obtinha sucesso nos resultados. As equipes de saúde da família foram matriciadas pela equipe do CER, o que trouxe um ganho no manejo dessa condição crônica. A equipe de profissionais é formada por médico, fisioterapeuta, profissional de educação física, enfermeiro,

assistente social, psicólogo, nutricionista e agente comunitário da saúde. O tratamento multiprofissional tem se mostrado a melhor forma de enfrentamento do problema, uma vez que a fibromialgia tem aspectos em diversas dimensões na vida desses pacientes, tanto física quanto emocional e social. Os pacientes diagnosticados com fibromialgia passaram por uma avaliação na unidade. A maioria dos casos apresentava outras doenças associadas, como as osteomusculares, que foram encaminhados para o grupo. As intervenções ocorrem com duração prevista de 12 semanas e são realizadas em grupos com auxílio da equipe multiprofissional. A equipe deve verificar individualmente o cumprimento das metas estabelecidas pelo próprio paciente no início do projeto. As avaliações são aplicadas no início e no final, utilizando a Escala Visual Analógica e o questionário sobre o Impacto da fibromialgia. Um dos benefícios obtidos por meio do profissional de educação física está na capacidade dos pacientes em realizar os exercícios físicos resistidos, alongamentos e aeróbios que, em médio prazo, resultam na diminuição da fadiga, estimulam a socialização e melhoram a qualidade de vida. O Trabalho em grupo propicia o desenvolvimento da “consciência do não isolado” – e que não é o único a ter problemas, possibilitando reconhecer limitações e semelhanças identificadas com as experiências dos outros, e maior compreensão sobre si mesmo promovendo trocas e vivências com cidadãos em condições crônicas similares. Conclui-se que os grupos de fibromialgia se consolidaram na atenção primária, os encaminhamentos para o especialista em reumatologia estão mais qualificados e as filas reduziram 50% em 7 meses. As práticas corporais estão gradativamente ganhando espaço na vida dos pacientes; e, com isso, os benefícios dos exercícios físicos estão indo além do tratamento medicamentoso da fibromialgia.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O SERVIÇO DE CONTRARREFERÊNCIA DA UNIDADE DE ATENDIMENTO INTEGRADO ROOSEVELT

Mariana Brant Martins, Jeane Bonfim Vasques, Paulo Daniel Durães, Geresa Tomás Faria

MARIANABRANT11@GMAIL.COM

Baseado no Protocolo de Classificação de Risco Manchester, a Unidade de Atendimento Integrado Roosevelt – em Uberlândia/MG – tem uma

média mensal de 1.300 pacientes classificados como verdes, no horário do trabalhador que ocorre das 16h às 22h. O “Fluxo de Verdes” – assim classificados, porém com perfil de atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) – é direcionado ao médico lotado em Pronto Atendimento (PA) que, por sua vez, realiza a consulta enfatizando a contrarreferência. O manejo da atenção primária no PA desvia o paciente do fluxo de urgência e emergência e o devolve, com contrarreferência, para a unidade básica de origem, se necessário seguimento. Enfermeiros, ordenadores de fluxo, recepção e médicos devem estar alinhados para orientação do paciente, na necessidade de seguimento na Atenção Primária. A triagem remaneja o paciente ao módulo básico em prontuário eletrônico, para continuidade do serviço, quando necessário. Para isso, ordenadores de fluxo/assistentes sociais precisam de maior envolvimento na fase final do processo, garantindo acesso ao agendamento em sua área de abrangência. Por meio do prontuário eletrônico da Rede SUS (Fast Medic), implantado no município, analisamos e consolidamos dados estatísticos como validação do processo implantado. Considerando abril de 2019 como início do processo, 1.747 pacientes classificados como verdes foram atendidos no PA. Após seis meses de sua implantação, 947 pacientes verdes foram atendidos. Dessa forma, evidencia-se uma redução de 800 pacientes em porta de entrada no PA Roosevelt, considerando a importância e envolvimento da APS nesse processo, potencializando a equidade e humanização do serviço de saúde. O fluxo de verdes proporciona a conscientização da população quanto ao objetivo de atendimento de um PA, trazendo conscientização e organização da atenção no “ponto certo, no momento certo e com a qualidade certa”. O paciente compreende a concepção do serviço de PA e o fluxo da “urgência e emergência”, dando credibilidade à resolutividade do serviço de atenção primária.

EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE RENOVAÇÃO DE RECEITAS, COMO INSTRUMENTO DE APROXIMAÇÃO DO PACIENTE DE SEU TRATAMENTO, E OTIMIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA NA DINÂMICA DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA FAMÍLIA

Larissa Botelho; Mariana Machado; Melyne Serralha Rocha

LACABOS@YAHOO.COM.BR

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A rotina de renovação de medicações de uso controlado pelos pacientes de Saúde Mental do território de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF), em Uberlândia/MG, é uma realidade constante, volumosa que demanda tempo, disponibilidade e recursos. A renovação das medicações exige, além da responsabilidade profissional, um tempo hábil para a sua preparação, e esta, quando feita somente de forma isolada pelo médico, leva ao distanciamento do usuário com os demais profissionais e com a evolução do seu tratamento. Percebemos, na grande maioria dos usuários, uma lógica puramente medicamentosa e mecanicista, além da expectativa de entrega imediata de receitas, mantendo-se assim um padrão de tratamento com ênfase somente na doença com distanciamento em seu processo de adoecimento, além da ausência de corresponsabilização em sua evolução. Diante dessa realidade, a equipe decidiu implantar um novo modelo de renovação de medicações com a realização de dinâmicas em um grupo aberto, em um dia e horário fixo semanal. Os grupos são coordenados alternadamente pela enfermeira e pela psicóloga, com os receituários renovados pelo clínico, contando com o apoio das ACS. A equipe administrativa também foi envolvida nessa nova lógica. O paciente é admitido no grupo que se estabelece como espaço de acolhimento, informação, incentivo ao autocuidado, mudanças de hábitos e autorresponsabilização. É monitorado quanto ao uso correto da medicação, uso indiscriminado de psicofármacos e possíveis abandono de tratamento. Quando necessário, é feita a Inserção do paciente em outros programas de saúde, tanto governamentais quanto não governamentais, e promovida a integração de usuários oriundos do Centro de Atenção Psicossocial. Alguns resultados já são sentidos: aumento do vínculo do usuário com a equipe; retornos pré-agendados para seguimento e renovação da receita; organização do setor administrativo para apoiar e fortalecer

essa experiência e eliminar o acúmulo de receitas; aumento na segurança das prescrições e efetividade nas atividades de educação em saúde com os pacientes de saúde mental. Esta experiência favoreceu um incremento à promoção do bem-estar psíquico do usuário inserindo-o em uma nova lógica de cuidados e gerenciamento de suas condições de saúde.

PARANÁ

EXPERIÊNCIA DE MUNHOZ DE MELLO / PARANÁ NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mauro Sérgio de Araujo; Nivea Kiyomi Assakawa Mitsui, Luciano Marques Caldeira, Santina Magali Scandelai Fernandes, Marcelo Henrique de Oliveira Vergani, Sandra Aparecida Moncalvo, Bruno Deyvison de Araujo, Edevaldo da Felicidade, Ademir Vieira Souza, Jani Cristina da Silva Granja, Karina Araujo dos Santos, Fabiana Danieli Arigussi.

MAUROMUNHOZDEMELLO@GMAIL.COM

A gestão municipal passou a ter contato com o modelo de atenção às condições crônicas em outubro de 2014, época em que o estado do Paraná passou a utilizar certificação na qualidade prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de selos, tendo Munhoz de Mello sido agraciado, no final de 2017, com o selo ouro. A equipe de saúde da atenção primária aceitou o desafio de aperfeiçoar ainda mais o trabalho que vinha realizando a partir de então, com ênfase no cuidado com idosos. Percebeu-se que o processo usado à época trazia benefícios, porém fomentava a hiperutilização do serviço pela população, existindo, também, conflito na construção de agendas em que se pudesse alinhar o trabalho da equipe para produzir planos de cuidados. O trabalho iniciado em 2018 priorizou a linha de cuidado do idoso, buscando-se ampliar o total de idosos cadastrados e avaliados com o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF20) que, a princípio, representava 28% dessa população. Com um número crescente de usuários idosos demandando exames e procedimentos especializados, prescritos por profissionais em seus consultórios/clínicas, fazia-se necessário buscar uma estratégia para atuar na gestão da fila. Ofertar atendimento mais integral na APS era uma estratégia positiva já observada na atenção secundária, con-

forme visita realizada, em anos anteriores, a Santo Antônio do Monte/MG. A estratégia de organização dessa linha de cuidado contou com a capacitação e o envolvimento de todos os profissionais que atuam em conjunto na APS do município. Buscou-se uma análise da demanda na base de dados do prontuário eletrônico e, de acordo com o perfil, identificaram-se os usuários para a gestão de casos. Para os usuários com difícil estabilização, foram realizadas abordagens de entrevista motivacional na APS e encaminhamento ao ambulatório de atenção especializada do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Sentetrião Paranaense (Cisamusep), em Maringá. Na discussão de casos, passou-se a construir planos de cuidado singulares, buscando esses usuários para atividades compartilhadas em grupo. Com a gestão da fila, viabilizou-se o acesso dos usuários segundo as suas necessidades. A equipe técnica de saúde foi capacitada para utilizar o IVCF20, ocorrendo o empoderamento dos profissionais em relação ao cuidado do idoso, que anteriormente eram atendidos de forma fragmentada, facilitando o atendimento e a construção do plano de cuidado do paciente idoso. Alcançaram-se 81% de idosos estratificados, cuja estratificação era realizada a cada seis meses, por ocasião da consulta de seguimento. Levaram-se em conta, também, as fragilidades multidimensionais clínico-funcional e sociofamiliar, uma vez que, anteriormente, o atendimento era focado apenas na doença. Adotou-se como prática do trabalho interdisciplinar a utilização de tecnologias leves para o cuidado, bem como a reaplicação do instrumento IVCF20, para monitoramento da evolução da condição de saúde do usuário. Por fim, a equipe ressignificou sua prática, e o usuário passou a ser olhado e acolhido na sua integralidade. Passou-se a ter mais resolutividade da equipe e maior reconhecimento da população.

RIO DE JANEIRO

O FACILITADOR COMO UMA POTÊNCIA DE FORTALECIMENTO DOS PROCESSOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Flávia Atanázio do Nascimento

FLAVIA.SAUDE15@GMAIL.COM

O início do processo de implantação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no município do Rio de Janeiro, na Coordenação da Área de Planejamento (CAP) 3.1, desde o ano 2018, tem gerado oportunidade para alguns profissionais que compõem a Gestão, de atuarem de forma ativa como facilitadores com os trabalhadores de saúde nas etapas de concentração, dispersão, oficinas de tutoria e grupo condutor. A Frágil aproximação entre a gestão e as equipes de saúde, para realização do mapeamento do processo de trabalho, prejudica a identificação dos problemas prioritários, o que reflete nos indicadores de saúde. Por ocasião das oficinas, constatou-se que as equipes tinham dificuldade em identificar o perfil de sua demanda de atendimento e em realizar o planejamento de suas ações e atividades diárias. Estratégias de melhoria e intervenção foram implantadas na estruturação de alguns macroprocessos, como: acolhimento e classificação de risco, estratificação de risco, programação da agenda; gestão de lista de gestantes e crianças menores de 2 anos; estudo periódico de demanda nas unidades de saúde; utilização de matriz para o monitoramento das metas pactuadas; construção do plano de ação para realizar e alcançar as metas propostas. Os profissionais se engajaram na construção e monitoramento da lista de gestantes e crianças menores de 2 anos e doenças crônicas, impactando na organização das agendas, oportunizando vagas e garantindo o acesso para novos usuários. Esse processo contou com o apoio de uma equipe multiprofissional que compõe a assistência e a gestão da rede de atenção primária a saúde da CAP 3.1. Esses profissionais são capacitados para atuarem como facilitadores na implantação da PAS, a fim de replicar as oficinas nas unidades laboratório. É notória a compreensão das equipes de saúde de que a organização do processo de trabalho proposto pela PAS não se configura uma

tarefa que demanda tempo, e sim uma importante ferramenta, que garante a oferta de um serviço de qualidade de acordo com a demanda do território. O profissional que compõe a gestão na função de facilitador tem um papel importante na relação dialógica com os profissionais de saúde, instituindo uma aproximação que permite a melhor visualização da deficiência das equipes e oportuniza ações viáveis para a melhoria dos indicadores de saúde.

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

CONTRIBUIÇÕES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA DIVISÃO DE AÇÕES E PROGRAMAS DE SAÚDE DE UMA COORDENADORIA DE ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Cristiane Muniz Saad; Érika de Almeida Leite da Silva T. de Souza; Claudia Cristina Macedo

CRISTIANESAAD.SMS@GMAIL.COM

A Coordenadoria de Área de Planejamento (CAP) tem a responsabilidade sanitária sobre um território com 1 milhão de pessoas e 32 unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). A Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS) com o Núcleo Interno de Regulação-NIR e o Núcleo de assistência farmacêutica-NAF realizam a assessoria técnica o cuidado das pessoas que nascem, crescem e envelhecem nesse território. A DAPS/NIR/NAF realizava a assessoria técnica com base na resolução de problemas emergenciais sem um propósito específico. As Linhas de Cuidados e Eixos Estratégicos não tinham a estruturação dos processos de trabalho e, portanto, possuíam uma série de fragilidades no monitoramento e avaliação. A avaliação do problema e a análise das causas identificaram: trabalho realizado de forma emergencial e com falta de propósito; fragilidade na definição e interação nos processos; falta de definição de responsabilidade técnica e vacâncias em linhas de cuidados ou eixos estratégicos; grupo de trabalho desagregado e com fragilidades técnicas; falta de um diagnóstico de situação de saúde e sua análise; fragilidade no monitoramento e avaliação dos indicadores. Realizaram-se consultorias e oficinas da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) com a Assessoria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); encontros com alta liderança (SES, SMS e CAP), Fiocruz, assessores técnicos, gestores das unidades APS e Conselho Distrital de Saúde; partici-

pação em capacitações e eventos que agregassem valor à equipe; tutorias nas quatro unidades laboratório e visitas de monitoramento dos processos nas outras unidades. Estratégias de melhorias a serem implantadas: engajamento da equipe no estabelecimento de quatro fases – Compreender, Reestruturar, Ajustar e Construir Novos Processos na DAPS/NIR/NAF; construção da identidade desse novo jeito de trabalho em equipe; descrição da cadeia de valor e da metodologia de trabalho; desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais; desenvolvimento de projetos de melhoria com foco em resultados. A população da Área de Planejamento 3.1 no município do Rio de Janeiro seria a beneficiada com as seguintes intervenções: construir cultura organizacional baseada em propósitos; coordenar linhas de cuidados, eixos estratégicos e ações de saúde no território; estruturar os macro e microprocessos com base no modelo operacional de Construção Social da Atenção Primária à Saúde e Modelo de Atenção às Condições Crônicas; desenvolvimento de competências técnicas e comportamentais; e implementação dos projetos de melhoria. Medições de melhorias: construção do propósito, missão, visão e valores; criação da cadeia de valor e do quadro de gestão das linhas de cuidados e eixos estratégicos; e materialização dos projetos – segurança do paciente na APS, sistematização da assistência de enfermagem, estruturação da “Porta de Entrada” com classificação de risco e estratificação de risco das condições crônicas. Efeitos de mudança: aproximação da Alta Liderança; desconforto da equipe e das unidades com as mudanças; entendimento sobre uma organização com propósito; mapeamento dos processos, estruturação do monitoramento e avaliação dos indicadores; reorganização dos processos de Porta de Entrada; indução da assistência farmacêutica e boas prática de segurança do paciente. Lições aprendidas: deve-se trabalhar os processos com visão sistêmica e fator humano; e idealizar projetos curtos, com metas alcançáveis e recursos disponíveis, atendendo às necessidades do território em tempo oportuno. Os Incidentes com desfechos desfavoráveis ocorrem por condições crônicas não estabilizadas, que agudizam. Conclusões: a assessoria do Conass potencializou a PAS com a materialização das inovações a partir das unidades laboratórios, que contribuíram para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e das linhas de cuidados, a melhora dos processos e o acompanhamento do território vivo.

FORTALECIMENTO DA LINHA DE CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE NO NÍVEL DA GESTÃO DE UM ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Thainna Barbosa de Souza Nogueira

THAINNABSNOGUEIRA@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A Assessoria Técnica da Linha de Cuidados da Criança e do Adolescente atende 32 unidades da Atenção Primária à Saúde em uma Área de Planejamento (AP) com uma população de 1 milhão de pessoas. A Linha de Cuidados da Criança e do Adolescente respondia demandas de outras linhas com vacância, não tinha processo estruturado, e a análise de óbitos se dava sem desdobramentos no processo de trabalho. Na análise de causas, identificavam-se insuficiência de tempo para organizar ações preventivas; falta de diretriz clínica que padronizasse os principais cuidados em cada ponto de atenção e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pouco sensibilizados para os sinais de alarme na Infância. Foi realizada discussão durante a Planificação, avaliação dos casos de óbitos com recomendações, organização dos processos na linha de cuidado priorizada, visitas de monitoramento em unidades e discussão entres as demais linhas de cuidado da Diretoria de Atenção Primária (DAPS) denominada “Momento Equipar”. Buscava-se organizar e potencializar a coordenação do cuidado, oportunizar os encaminhamentos e discussões das equipes a respeito dos casos de comorbidade infantil, nivelar o conhecimento básico de cuidados e sinais de alarme na infância. Como intervenção inicial, foi realizada uma oficina de sensibilização para ACS nos cuidados de atenção à criança, baseada e adaptada do Projeto “AIDPI Comunitário, AIDPI Criança e AIDPI Neo”. As propostas de melhoria eram em relação à otimização do tempo para organizar os processos da linha de cuidado e a construção do “Guia de Bolso do Agente Comunitário em Saúde”. Como mudanças, observou-se que as equipes estavam mais comprometidas e envolvidas nos processos de trabalho, além de capacitadas para terem um olhar de vigilância para a orientação de cuidados e identificação dos principais sinais de riscos e agravos, relacionados às maiores causas de óbitos infantis do território. Aprendeu-se, também, como estruturar processos de trabalho, mesmo em meio às intercorrências e demandas. A Planificação

trouxe a importância de trabalhar a análise situacional no território e a priorização de uma linha de cuidado para implantação dos micro e macroprocessos, com base em diretrizes clínicas, no planejamento e na gestão da condição de saúde.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA DE ÁREA DE PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Luiz Leonardo Nobrega; Edna Ferreira Santos; Lucia Marques

NOBREGA20@GMAIL.COM

O fortalecimento dos Macroprocessos da Atenção às Condições Crônicas é um desafio no cotidiano institucional para gestores, profissionais e usuários, então é fundamental implantar processos que agreguem valor às pessoas usuárias. Os problemas identificados na Atenção Primária à Saúde (APS) em uma Área de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro eram: o cuidado centrado na doença, no procedimento e na agudização das condições crônicas; dificuldade em realizar encaminhamentos adequados por falta de consenso no uso de múltiplos protocolos; variação de fluxos internos e de padronização; falha e falta de registro qualificado. Constaram-se: variabilidade dos fluxos internos que direcionam as condições agudizadas e crônicas, fragilidade na capacitação da equipe em relação a classificação e estratificação de risco; manejo clínico inadequado das pessoas com condições crônicas; indefinição de fluxos de Rede para algumas condições crônicas; inabilidade no manejo do prontuário eletrônico do cidadão. Envolveram-se neste projeto: liderança da Coordenação da Área de Planejamento (CAP); assessores técnicos da Divisão de Ações e Programas de Saúde/Núcleo Interno de Regulação/Núcleo de Assistência Farmacêutica, consultores do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), gestores das unidades laboratórios de inovação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS); e profissionais da APS e do NASF-AB. Utilizaram-se como referencial teórico a Construção Social da Atenção Primária à Saúde e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o gerenciamento dos macroprocessos, propondo

cuidados centrados na pessoa. As seguintes estratégias foram utilizadas: alinhamento de protocolos e fluxos; qualificação dos profissionais; qualificação de registros; estruturação do monitoramento e avaliação; e gestão de casos complexos. Intervenções adotadas/implantadas: criação do painel de monitoramento da linha de cuidados de condições crônicas; portal de monitoramento das pessoas com lesões; monitoramento do insulíndependente; auditoria de prontuário; projetos de organização da porta de entrada e reorganização de agenda; quadro com registro de não conformidades; sessão clínica para indução de raciocínio clínico; e encontros mensais de educação permanente. Medições de melhorias: planilha de estratificação de risco; painel de monitoramento da linha de cuidado de condições crônicas de saúde; Identificação de inconformidades; perfil das pessoas com lesões; enfermeiro como protagonista no cuidado da pessoa com lesão; gestão dos insumos para o curativo conforme protocolo. Efeitos de mudança: criação de instrumentos de monitoramento; potencialização do cuidado das condições crônicas pelos ciclos de vida; reorganização dos insumos de insulíndependentes na rede; altas por cicatrização de lesão; participação do processo de formação dos facilitadores da PAS; aproximação com profissionais da rede; e apropriação do e-SUS. Conclusões: interação com as consultoras do Conass provocou atitudes para mudanças estratégicas na operacionalização da metáfora da casa na APS e instrumentalizou a linha de cuidado para enxergar questões relacionadas às condições crônicas que estão invisíveis no território e que exigem monitoramento contínuo e educação permanente.

RIO GRANDE DO SUL

A ATUAÇÃO DA 18ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Emerson Borba Alves; Maristela Correa Rodrigues de Lima; Ligia Maria Ribeiro; Maria Aparecida FÁmer; Livia Muniz Pacheco; Liara Saldanha Brites

EMERSON-ALVES@SAUDE.RS.GOV.BR

No estado do Rio Grande do Sul, a Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é um projeto desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de

Saúde (Conass) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) que visa ao fortalecimento da Atenção Básica (AB) assim como das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (Cres), o processo foi iniciado em setembro de 2017, com adesão dos 23 municípios pelos quais a CRS é responsável. A necessidade premente da revisão dos processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde da região, assim como a necessidade de direcionamento de atividades pelas equipes de saúde, baseadas em diretrizes clínicas, justifica a adesão da CRS a este projeto. A importância do protagonismo da CRS, as experiências vividas e os resultados obtidos até o momento instigam a disseminação desta experiência em meio a gestores e profissionais de saúde. Por meio da PAS, objetiva-se promover a revisão e o incremento de processos de trabalho das equipes de saúde, assim como incentivar a utilização de diretrizes clínicas. Inicialmente, realizaram-se a sensibilização dos gestores municipais e a composição de um Grupo Condutor Regional. Este organizou seis oficinas teóricas para os servidores da AB dos municípios e tutorias em unidades de saúde eleitas como laboratório tanto da atenção básica como da atenção especializada. Cada um dos 23 municípios da 18ª CRS indicou um servidor para desempenhar o papel de tutor assim como uma Unidade Laboratório Municipal (ULM) para início das atividades de tutoria. Os momentos de tutoria utilizam método próprio e visam à revisão e ao incremento dos micro e macroprocessos das unidades de saúde, proporcionando a união dos momentos teóricos à realidade prática. Até dezembro de 2018, a maioria dos municípios apresentou avanços desencadeados pela Planificação. Destacam-se as questões relacionadas ao acesso dos usuários, como o estudo das demandas das unidades (78% das ULM), assim como a implementação da utilização do agendamento por bloco de horas (65% das ULM). Em relação à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, ocorreram avanços tanto com a elaboração da Nota Técnica, por parte da SES/RS, quanto no processo de trabalho da referência regional que, atualmente, desenvolve atividade multidisciplinar e busca maior interação com os municípios visando fortalecer essa rede de atenção. A utilização da PAS, como proposta de fortalecimento da AB e das RAS, tem sido responsável pelo incremento de inúmeros processos de trabalho, tanto das UBS quanto da própria SES/RS. Os frutos dessa vivência, por parte dos servidores da 18ª CRS, têm permitido a eles acumular experiências e observar

potencialidades que podem contribuir para a continuidade deste projeto em todo o Estado.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA APÓS IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Claudia da Silva de Aguiar

ENF.CLAUDIA.AGUIAR@GMAIL.COM

n. 36

*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

No município de Torres, Rio Grande do Sul, a Unidade Básica de Saúde de ESF São Jorge, 18CRS, passou a ser a unidade laboratório da Planificação da Atenção à Saúde e foi qualificada para realizar as estratificações de risco cardiovascular aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Esta morbidade se constitui um grave problema de saúde pública e contribui, direta ou indiretamente, para a ocorrência de mortes por doença cardiovascular no país. Com um número crescente de indivíduos hipertensos, fez-se necessário calcular o risco cardiovascular (RCV) dos pacientes cadastrados nessa Unidade de Estratégia Saúde da Família. A estratificação dos pacientes portadores de HAS contribui para o acompanhamento efetivo, planejamento assistencial e adequação das medidas a serem alcançadas, tanto pelo usuário como pela equipe multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde. A avaliação do risco cardiovascular em hipertensos e a influência dos fatores de risco nos escores de estratificação qualificam o cuidado. Intervenção: a estratificação de risco cardiovascular é realizada com todos os pacientes diagnosticados com HAS a partir do escore de Framingham, seguindo a resolução nº 303/18 – CIB/RS. Com o RCV, é possível obter o risco porcentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres, sendo o risco classificado como baixo (menos de 10%), intermediário (10 a 20%) e alto (mais de 20%). Após a estratificação, é realizado um plano de cuidado da equipe, com encaminhamentos a nutricionista, atividade física, grupo para cessar tabagismo, controle de exames e especialidades médicas conforme a necessidade e risco calculado. Com as tutorias da Planificação, a equipe de saúde da unidade laboratório passou a ter uma visão diferenciada para os hipertensos cadastrados, apresentando eficácia na linha de cuidado dos

pacientes portadores dessa patologia. Dado o exposto, a unidade de saúde em questão qualifica o cuidado do indivíduo portador de HAS, com acompanhamento conforme o risco cardiovascular, promovendo medidas preventivas e diminuindo encaminhamentos à atenção secundária e terciária.

NOTAS TÉCNICAS ESTADUAIS DE ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES TIPO II NA ATENÇÃO BÁSICA

Janilce Dorneles de Quadros; Carla Daiane Silva Rodrigues; Aline Von Der Goltz Vianna; Carol Cardoso Rodrigues; Marcos Rodrigo de Oliveira Sokolok; Nathaniel Pires Raymundo; Poala Vettorato; Priscila Helena Miranda Soares; Raíssa Barbieri Ballejo Canto; Tainá Nicola

JANILCE-QUADROS@SAUDE.RS.GOV.BR

O Estado do Rio Grande do Sul, ao aderir à Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no ano de 2015, percebeu a necessidade de orientar o diagnóstico da população com condições crônicas a partir da estratificação de risco no âmbito da Atenção Básica (AB) para usuários com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). O desconhecimento da população nos estratos de risco acarreta um acompanhamento inadequado por parte das equipes de AB, gerando um desequilíbrio no grau de atenção que cada pessoa necessita. Além desses fatores, muitos exames e encaminhamentos à atenção especializada são realizados sem observar critérios mínimos. A atenção às condições crônicas na AB sem o conhecimento do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) se dá de maneira desorganizada do ponto de vista da estratificação de risco. A ausência de uma diretriz estadual nesse sentido fragiliza a atenção adequada a essa população. Participaram da elaboração e revisão das notas os especialistas em saúde da Coordenação Estadual da Atenção Básica do RS (SES/RS). Houve discussão no Grupo Condutor das Condições Crônicas da SES; e, posteriormente, as notas foram enviadas para validação no núcleo do Telessaúde/RS. Após aprovação e publicação das notas como Resoluções CIB (302 e 303/2018), houve ampla divulgação via e-mail e página eletrônica da AB/RS para todas as Coordenadorias Regionais de Saúde. Na ocasião dos fóruns, as notas foram apresentadas e discutidas. Intervenção: intensificação da utilização das notas técnicas nas tutorias da Planificação nas equipes de AB. Para facilitar

o entendimento dos documentos, solicitamos ao Telessaúde a elaboração de vídeos explicativos e discussão do conteúdo por meio de web palestras. Uma limitação percebida, no entanto, é não dispor de profissional médico na equipe da Coordenação Estadual de AB para capacitação in loco nas Regionais de Saúde. Relatos dos tutores municipais da 18ª CRS (Osório) informam que a estratificação tem qualificado os atendimentos e proporcionado o conhecimento da população atendida nas unidades. Percebeu-se um impacto na qualificação dos encaminhamentos para o ambulatório de especialidades em HAS e DM do Hospital Regional de Santa Maria, primeiro serviço ambulatorial do estado que presta atenção contínua no modelo Macc. As notas técnicas ofereceram suporte para a tomada de decisão das equipes na assistência a essas populações, qualificando, sobretudo, a atenção prestada na Atenção Primária à Saúde.

ESCALA DE RISCO FAMILIAR: UMA FERRAMENTA DE QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO UTILIZADA NA UNIDADE LABORATÓRIO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE, TRÊS CACHOEIRAS/RS

Valquíria Costa Correa; Danúbia Borges Matos, Janire Andrade Hoffmann, Adriana Scheffer Magnus, Jenifer Costa Martins, Daiana Maggi Zanelato, Carla Redin, Gilcina Borges Pereira

VALQUIRIACC10@GMAIL.COM

Três Cachoeiras/RS possui 10.217 habitantes e iniciou o processo de Planificação da Atenção à Saúde, em 2017, na ESF Maria da Rocha Valim. Um dos instrumentos utilizados foi a Escala de Risco Familiar (ERF), que determina o risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. No que se refere ao cuidado das famílias, a equipe não conseguia colocar em prática o princípio da equidade. Faltava uma ferramenta padronizada que permitisse um olhar diferenciado para as famílias que apresentavam vulnerabilidades e riscos distintos. As Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) realizavam visita mensal em todas as famílias do território, gerando um dado de cuidado mais voltado para a produção, e não tanto para o cuidado. A equipe priorizava algumas situações consideradas de risco na família (presença de diabéticos, hipertensos, acamados), mas ainda faltava um olhar diferenciado para aquelas outras famílias. Resolveu-se então utili-

zar a ERF de Coelho e Savassi na avaliação de risco familiar para qualificar a visita dos ACS. Toda a equipe participou dos momentos de discussão acerca desse instrumento com a tutora e com a gestão. As ACS, com auxílio da enfermeira e da tutora, aplicaram a ERF de Coelho e Savassi na classificação das famílias, confeccionaram os mapas de cada microárea – utilizando alfinetes coloridos para identificar visualmente os núcleos familiares e seus respectivos riscos, apresentando o resultado aos demais profissionais da equipe. A partir da confecção dos mapas, a equipe teve um novo olhar para o seu território, visualizando os riscos e potenciais de adoecimento das famílias sob seu cuidado. A classificação de risco familiar provocou uma mudança no planejamento de visitas das ACS, uma vez que ter “maior risco” indicava “acompanhamento mais frequente”. Por sua vez, a equipe passou a discutir os casos de famílias com mais risco, visando à melhoria do cuidado. A primeira classificação de risco familiar foi realizada em 2018, tendo a equipe sentido necessidade de incluir um indicador referente à saúde mental, que não estava na escala original, mas era uma demanda do território. Em janeiro de 2019, o instrumento foi reaplicado, utilizando uma versão atualizada pelo Telessaúde RS/UFRGS e SES/RS, que incluía novos indicadores, sendo um deles o de saúde mental. Os seguintes resultados foram observados com a implantação dessa estratégia: envolvimento e compromisso de toda a equipe acerca das condições do território e das famílias; planejamento de ações voltado às necessidades do território; valorização do trabalho das ACS; e fortalecimento do princípio da equidade, já que famílias com vulnerabilidades diferentes necessitam de cuidados distintos. A organização do processo de visitas dos ACS tem contribuído para o trabalho de toda a equipe, pautado na vigilância às famílias e na atenção que lhes deve ser prestada.

PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS E AVANÇOS NA UNIDADE LABORATÓRIO DE TRÊS CACHOEIRAS/RS

Carla Redin; Daiana M. Zanelato; Nicoli M. da Silva Borges; Valquíria C. Correa; Danúbia B. Matos; Janire A. Hoffmann; Adriana S. Magnus; Jenifer C. Martins; Leandra C. da Rosa; Ana Cláudia M. Carlos; Priscila G. Valim; Paula Rocha; Gilcina Borges Pereira

CARLA.REDIN@GMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Em 2017, o município de Três Cachoeiras/RS – com uma população de 10.217 habitantes e 4 Estratégias Saúde da família (ESF) – iniciou a Planificação da Atenção à Saúde (PAS), tendo selecionado como Unidade Laboratório (UL) a ESF Maria Rocha Valim. Esta ESF é a que possui mais usuários cadastrados no município (1.151 de um total de 4.200 usuários). Seu território possui bastante vulnerabilidade socioeconômica, levando à grande procura dos serviços de saúde, o que sobrecarregava os profissionais que estavam insatisfeitos por não realizarem um cuidado adequado à sua população. O agendamento de consultas era por sistema de ficha, gerando longas filas de espera (de 6 a 8 meses entre a agenda e a consulta); a procura por demanda espontânea elevou; e o acolhimento com classificação de risco não era tão resolutivo. Todos os profissionais da equipe, juntamente com a tutora da UL e representantes da gestão, participaram das oficinas de Planificação, em que se trabalharam as seguintes estratégias de melhoria: horário protegido para a tutora; espaço nas reuniões de equipe para a apresentação e discussão dos instrumentos e implantação/implementação dos processos; contratação de segunda enfermeira para a unidade; informes à população sobre as novas mudanças e rotinas dos serviços. Processos que foram implantados ou em estágio de implantação: agendamento por bloco de horas; acolhimento com classificação de risco (ACR) pela enfermagem; agendamento de consulta médica a partir do ACR; classificação de risco familiar pelas ACS; elaboração e utilização de procedimentos operacionais padrão; divulgação de dados de absenteísmo à população; troca de experiências nos encontros de tutores; e estratificação de risco das condições crônicas prioritárias. Relatórios de gestão e instrumentos de estudo da demanda espontânea; pesquisa de satisfação dos usuários; entrevistas com líderes comunitários; média do tempo de espera entre agendamento e consulta médica; e utilização das notas técnicas disponibilizadas foram utilizadas como medição dos resulta-

dos. Estes compreenderam as seguintes mudanças: ACR mais eficiente, com redução do atendimento de demanda espontânea de 20% com a segunda enfermeira; redução da média de espera entre o agendamento e a consulta médica (1 a 2 meses); cultura de planejamento das ações de cuidado; fluxos mais organizados e resolutivos; e qualificação do trabalho das ACS a partir da classificação risco familiar. Aprendeu-se que os processos de trabalho levam tempo para se efetivarem e demandam envolvimento de todos; que é necessária uma linguagem única entre os profissionais e serviços e que a população tem que ser informada e se envolver, com senso de responsabilização, no próprio cuidado de sua saúde. À equipe de saúde da atenção primária, cabe coordenar o cuidado – de forma integral e com equidade – e ordenar o fluxo do usuário na rede.

PERSPECTIVA REGIONAL DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Sandra Hildebrandt dos Santos

SANDRA-HILDEBRANDT@SAUDE.RS.GOV.BR

No segundo semestre de 2018, foi proposto aos profissionais da 17ª Coordenadoria de Saúde, do Rio Grande do Sul, iniciar as atividades da planificação. Seria a primeira coordenadoria a conduzir o processo da Planificação de forma descentralizada, assumindo todas as fases do processo, com ênfase na gestão. Sabia-se que o principal problema a ser enfrentado seria dificuldade na sensibilização dos profissionais de saúde para adesão ao projeto de planificação, tornando o processo segmentado. Grande parte dos trabalhadores de saúde não acreditava no método, tornando o momento da planificação um processo isolado, com ênfase na leitura de textos e cumprimento de tarefas. Facilitadores e Tutores municipais enfrentavam dificuldades para envolver as equipes nas atividades de dispersão. Foi criado, então, um grupo condutor regional da planificação para discussão dos problemas evidenciados. A estratégia seria os tutores regionais construir um calendário de visitas aos sete municípios que recebiam a tutoria na Unidade Laboratório em Santo Augusto, com o objetivo de trabalhar com 100% dos trabalhadores de saúde deste polo. A intervenção consistiu em visita

de sensibilização aos municípios com agenda tanto com as equipes quanto com a gestão. As melhorias seriam medidas acompanhando a realização das atividades de dispersão, com ênfase no cadastramento e classificação de risco das famílias. Segundo relato das tutoras, as equipes se apropriaram do processo da planificação, havendo participação ativa de diferentes profissionais de saúde, que avaliaram as oficinas de forma positiva. Ficou claro que a Planificação requer uma doação por parte dos profissionais que estão conduzindo o processo. Realizar a planificação é um processo contínuo, dever de toda a Regional de Saúde, que exige o fortalecimento de vínculos entre os profissionais da Coordenadoria e os profissionais dos municípios.

GUIA DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA: A PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO ÀS GESTANTES NO RIO GRANDE DO SUL

Gisleine Lima da Silva; Melissa de Azevedo; Maura Belomé; Lisângela Campo;
Nadiane de Albuquerque; Aline Sortica; Fernanda Barbosa

GISLEINE-SILVA@SAUDE.RS.GOV.BR

Apesar de o Rio Grande do Sul (RS) estar entre os estados com menores taxas de óbito materno do país, aproximadamente 90% desses óbitos são evitáveis, evidenciam fragilidade do pré-natal, da estratificação do risco gestacional, da assistência ao parto e da fragmentação da rede, considerando que há capacidade instalada. Evidenciaram-se diferentes modelos de pré-natais nos municípios: centralizado em centros de especialidades médicas, centros materno-infantis, hospitais, especialistas realizando pré-natal na APS e fragilidade técnica dos médicos de saúde da família e comunidade/generalista em fazer o manejo clínico das gestantes. Outro desafio era a solicitação de exames para gestantes sem critérios, com falta ou excesso, cada município com um rol de exames diferente, sem padrão estabelecido. Em uma região de saúde, tivemos óbitos maternos de mulheres em extrema vulnerabilidade social que realizavam pré-natal no privado devido à falta de exames no SUS, exames que deveriam ser ofertados de rotina no pré-natal. A intervenção desta experiência foi a construção de um guia de pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS), que envolveu diversas áreas e setores da

SES, principalmente da área técnica da Saúde da Mulher e Atenção Básica. Teve, também, a colaboração externa de vários profissionais de saúde, entidades representativas e conselho profissionais, por intermédio de consulta pública aberta no ambiente virtual da SES. Após todo o processo de produção coletiva, o material foi revisado pelo Telessaúde/RS. O Guia foi construído na perspectiva da mudança de modelo do pré-natal no RS e de a APS ser a principal porta de entrada da Rede, responsável por integrar e coordenar o cuidado, como o ponto de atenção estratégico para acolher as necessidades de gestantes e sua parceria, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado referente à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A implementação do Guia se insere na lógica da Educação Permanente em Saúde, realizada de forma regionalizada nos 497 municípios por meio das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), levando em consideração as necessidades e realidades locais. O Guia foi distribuído para os serviços da APS e demais pontos de atenção que realizam pré-natal pelo SUS, sendo condicionada à realização de curso/oficina sobre o pré-natal. Utilizaram-se como medição tanto indicadores de processo como de resultados. Indicadores de processo: estratificação do risco gestacional, referenciamento para os ambulatórios de alto risco – acompanhamento pelos sistemas de regulação (Sisreg e Gercon) e monitoramento dos AGAR e das maternidades (BI/estadual). Indicadores de resultados: redução de óbitos maternos evitáveis e o “near miss materno”, SIM/Datasus. Observam-se as seguintes mudanças: as gestantes estão sendo melhor estratificadas e referenciadas em tempo oportuno para os ambulatórios e emergências; o Guia constitui-se protocolo para os ambulatórios desempenharem suas funções supervisional e educacional nas equipes da APS; há melhor comunicação entre os serviços e padronização das condutas; e organização dos exames de rotina do pré-natal. Observa-se que: é necessário ter protocolos para nortear e padronizar a conduta clínica dos profissionais e investir em qualificação; deve-se pactuar estes documentos com os gestores em CIR e CIB; e que a Secretaria Estadual da Saúde (SES) tem papel estratégico na organização das Redes de Atenção à Saúde, considerando que está entre suas funções o apoio técnico, financeiro e administrativo aos municípios. Por fim, o Guia do Pré-Natal na Atenção Básica tem contribuído para qualificação das equipes e o fortalecimento da APS no cuidado integral das gestantes e seus bebês, vem potencializando o trabalho

em rede e visa reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis materna, conforme mapa estratégico da SES.

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: TUTORIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA LÔNDERO – SÃO SEPÉ/RS

Sabrina S. Wegner Schroder; Mauro Bortoloto; Mircele Massirer; Robson Liberalesso

SABRINAWPSICO@GMAIL.COM

n. 36
*Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A mudança no perfil epidemiológico, com aumento das condições crônicas de saúde e maior utilização dos serviços de saúde, levou o município de São Sepé/RG a aderir à Planificação da Atenção à Saúde (PAS), para mudança no modelo de atenção e adequá-lo à nova realidade. A tutoria da Planificação, bem como o envolvimento de toda a equipe – inclusive do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF) –, foi fundamental para a organização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). A sala de espera da unidade e reuniões na comunidade foram utilizadas para esclarecer à população sobre as novas mudanças no fluxo interno e nos serviços ofertados. Os principais processos implantados foram: acolhimento da demanda espontânea, com classificação de risco; organização do fluxo de atendimento; agendamento por bloco de horas; ampliação do acesso às consultas de odontologia; utilização de prontuário familiar e classificação de risco das famílias, utilizando-se a escala de Coelho e Savassi. Observaram-se os seguintes efeitos de mudança: qualificação no atendimento; maior satisfação dos usuários e profissionais; e manejo das condições crônicas por meio de oficinas terapêuticas promovidas pelos profissionais do NASF. Os resultados encontrados se tornam importantes na medida em que o sucesso com a unidade laboratório são expandidos para as demais equipes de saúde da família do município. A organização dos processos é um ato contínuo, que necessita de monitoramento permanente por toda a equipe e a gestão.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO FAMILIAR PELA ESCALA DE COELHO E SAVASSI NO MUNICÍPIO DE BOZANO/RS

Danieli Maria Corassa; Sandra Raquel Ceccato

DANI.CORASSA@HOTMAIL.COM

As equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Bozano, no estado do Rio Grande do Sul, apresentavam dificuldades em identificar e visualizar onde estavam concentrados os maiores riscos familiares, não tendo um acompanhamento efetivo da população adscrita. As tutorias da Planificação da Atenção à Saúde auxiliaram as equipes na organização e implantação de alguns processos, entre eles, a classificação de risco familiar por meio da escala de Coelho e Savassi, identificando as principais vulnerabilidades e problemas de saúde. Toda a equipe da APS (com destaque para os agentes comunitários em saúde) envolveu-se na organização do processo, inclusive profissionais do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF). Dentre as estratégias utilizadas, destacam-se: definição do território, com revisão das microáreas; cadastramento da população; classificação das famílias por risco e vulnerabilidades; e identificação das famílias em um mapa, conforme grau de risco. As seguintes melhorias e resultados foram observados: melhor acesso da população aos serviços da APS; acompanhamento contínuo, atendendo cada família conforme suas necessidades; aumento das ações de prevenção e promoção da saúde; autocuidado apoiado às famílias de maior risco e vulnerabilidade. Conhecer a população adscrita, trabalhar em conjunto com uma equipe multidisciplinar, ofertar os serviços de maneira resolutiva, focando no acompanhamento contínuo do usuário, são lições a serem seguidas para a efetividade e qualificação da atenção prestada pelas equipes da APS.

INSERÇÃO DE SESSÕES DE AURICULOTERAPIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Jéssica Pereira Terra

JP-TERRA@HOTMAIL.COM

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) em Mostardas/RS possibilitou repensar as práticas de trabalho, voltadas para qualidade e as necessidades dos clientes. Com isso, buscaram-se novas formas de atuação que vão além do tratamento medicamentoso. Foi quando se utilizou a auriculoterapia, prática milenar e integrativa, que promove a saúde e complementa os tratamentos já realizados. Um dos problemas que se enfrenta é a cultura centrada no tratamento “queixa-conduta”, e não na singularidade dos sujeitos. A Planificação contribuiu para ampliar os horizontes e identificar que há novas possibilidades que podem acelerar, motivar e melhorar a saúde dos envolvidos. A população, atualmente, vem adoecendo e apresenta inúmeras condições crônicas de saúde que, se não forem tratadas e bem conduzidas, poderão acarretar aumento de internações, sequelas, devido aos tratamentos não serem efetivos nem implementados em tempo hábil. Acredita-se que uma das causas do adoecimento é a inversão da atuação focada nas práticas curativas, e não nas ações preventivas e de qualidade do cuidado. Participaram deste projeto a equipe de enfermagem e as coordenadoras do curso de tabagismo municipal. Antes da implementação da nova prática, todos participaram de uma atividade educativa para demonstração da auriculoterapia. A equipe teve pronta adesão e auxiliam na captação e indicação dos pacientes que tenham necessidades na recuperação e promoção da saúde, inclusive os usuários que abandonaram o grupo de tabagismo. As práticas de auriculoterapia foram realizadas em dois grupos de combate ao tabagismo e em outro formado por, aproximadamente, 15 pessoas. A enfermeira realiza uma escuta qualificada e coleta informações sobre o motivo da consulta, medicações em uso e estado atual da doença. Após, são realizadas palpação e inspeção do pavilhão auricular e colocação de sementes de mostarda ou cristais – esferas que são afixadas em pontos específicos, de acordo com a sintomatologia descrita pelo cliente. Este sai do atendimento com o retorno agendado, até realizar quatro sessões, ciclo completo do tratamento.

Obtiveram-se relatos filmados dos pacientes (após consentimento e autorização prévia) que demonstraram melhoras significativas em dores, ansiedade, sono, compulsão alimentar, perda de peso e o abandono do tabagismo, bem como na melhora da autoestima. O grupo de tabagismo recebeu o tratamento medicamentoso, complementado com a prática integrativa; e obteve êxito no abandono do uso da nicotina. Nos dias atuais, é necessário estar aberto a novos aprendizados, que podem propiciar uma melhora na qualidade de vida das pessoas. O ser humano é um resultado de energias e pensamentos. Se há uma boa saúde mental, está-se mais propício à cura e harmonização. A inserção da prática da auriculoterapia em uma UBS possibilitou a promoção da saúde e ampliou o acesso a outras formas de cuidado para obter novos resultados.

RONDÔNIA

IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CACOAL: PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE QUALIFICA ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS

**Joelma Sesana, Inácia Maria Moreno, Keila Pulquerio Varjão Carris,
Antônio de Pádua Pereira de Oliveira.**

JOELMASESANA@GMAIL.COM

A disseminação de processos de Planificação da Atenção à Saúde por todo o país permitiu que diversas experiências de mudança nas dinâmicas de trabalho atingissem resultados positivos para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A planificação tem como base um planejamento territorializado que visa integrar as ações da atenção básica com a atenção especializada, priorizando a assistência a partir da realidade local. A Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (Sesau) decidiu implementar uma rede regional de acompanhamento formada por consultores, facilitadores e tutores, a fim de orientar os processos de trabalho estruturados em planejamento, execução, monitoramento e continuidade das ações em saúde pública. Situado na Região do Café – região leste do estado –, o município de Cacoal foi o escolhido para receber a experiência-piloto, dada a situação

epidemiológica que evidenciava elevada taxa de mortalidade materno-infantil e alta prevalência de hipertensão, além dos casos de doenças tropicais transmitidas por vetores biológicos. A Unidade Edmur Marchioli, no bairro Liberdade, foi escolhida, em 2016, para o início da planificação, desenvolvida por meio de processos de formação e de organização da estrutura do equipamento. Todos os profissionais envolvidos nos serviços foram capacitados e treinados para melhorar o acolhimento e a assistência. Reorganizou-se, inicialmente, a estrutura da unidade, com retirada de cartazes das paredes que provocavam poluição visual, troca de armários, climatização do ambiente e implantação do prontuário eletrônico. A planificação seguiu com a realização de oficinas temáticas facilitadas por representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e com o acompanhamento contínuo por meio de tutorias. Promovidas entre março e outubro de 2017, culminaram em um seminário de avaliação no fim de novembro. Os temas abordados nas oficinas foram: rede de atenção à saúde; atenção primária; territorialização e vigilância em saúde; atenção aos eventos agudos e atenção às condições crônicas; monitoramento e avaliação na atenção primária; e assistência farmacêutica. A reorganização do sistema possibilitou o fim das filas na madrugada para garantir o acesso. Foi instituído o atendimento com hora marcada, por blocos de horas, para consultas e exames, além da garantia da medicação necessária. A população passou a ser atendida de acordo com suas necessidades, a partir do novo mapeamento da área por meio de visitas, o que garantiu o cadastramento de 100% da população alcançada pela unidade. A implantação do prontuário eletrônico (e-SUS), a classificação de risco das famílias pela escala de Coelho e Savassi e a integração da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Ambulatorial Especializada foram outras mudanças fundamentais. A planificação em Cacoal representa um profundo aprendizado para a organização do SUS nos municípios. Apesar das dificuldades enfrentadas pela gestão, como a não adesão de alguns profissionais e a insuficiência de recursos humanos para atingir a totalidade da cobertura de equipes da atenção básica, os resultados acumulados motivam a disseminação do trabalho. A experiência já foi expandida para 4 das 11 unidades de atenção do município. Das sete microrregiões de saúde da cidade, quase a metade já conta com a nova metodologia de gestão. Com a avaliação qualitativa do processo, percebe-se melhora tanto para o usuário quanto para o trabalhador.

MELHORIAS NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PIMENTA BUENO/RO ATRAVÉS DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Gracielen Cristina Milomes Alves; Graciella de Sousa Veras

ASSESSORIAPIMENTABUENO@GMAIL.COM

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) integrada à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Nesse contexto o Município de Pimenta Bueno/RO vem apresentando melhorias, desde 2017, com o início da Planificação na Região de Saúde do Café. A APS do município era precária em sua organização, mesmo com recursos financeiros suficientes, principalmente na linha materno-infantil. As unidades não possuíam detector fetal nem teste rápido de gravidez, tampouco realizavam estratificação de risco das gestantes, sequer tinham referência para o pré-natal de alto risco. A falha na organização dos processos de trabalho relacionados à assistência materno-infantil resultava em um pré-natal ineficaz, com complicações que culminavam no deslocamento de uma gestante ou concepto cerca de 500 km para uma assistência de alta complexidade. Isso contribuía para um alto índice de mortalidade materno-infantil por causas evitáveis. A Planificação na Região proporcionou mudanças na organização da assistência materno-infantil na APS, desde intervenções na estrutura das UBS, reorganização do território, aquisição de equipamentos, organização de fluxos e protocolos. Isso só foi possível devido ao envolvimento e comprometimento da equipe, que aderiu às mudanças nos processos de trabalho. Foram realizadas reuniões de equipe (gestão/profissionais) – para discutir metas e estratégias de melhoria, investimento em educação permanente; valorização na opinião popular e transparência na utilização dos recursos financeiros disponíveis. Investiu-se na aquisição de aparelho de ultrassonografia, testes rápidos de gravidez, e detectores fetais. Foram instituídos: o protocolo estadual de pré-natal; estratificação de risco das gestantes e crianças menores de 2 anos; visita puerperal com realização do teste do pezinho em domicílio; exames laboratoriais e de imagem em tempo hábil; atendimento de gestantes e crianças de alto risco na região com garantia de transporte; e educação permanente aos profissionais. O impacto

da Implantação da Rede de Assistência Materna e Infantil foi avaliado por intermédio das planilhas de monitoramento e dos instrumentos de avaliação disponibilizados por meio de tutorias da PAS. Avaliam-se continuamente indicadores de gestão pelo e-SUS AB e e-Gestor. Percebe-se a melhoria na assistência materno-infantil proporcionada no município mediante captação precoce da gestante, manejo adequado conforme estrato de risco, disponibilidade de recursos diagnósticos necessários em tempo oportuno, conforto ao usuário durante o atendimento e capacitação contínua dos profissionais. Com a experiência vivenciada, obteve-se um rico aprendizado. Observaram-se os impactos advindos da organização dos processos de trabalho e o quanto pode ser feito com recursos alocados de forma correta e transparente, com o trabalho em equipe e o bom relacionamento gestor/profissional/usuário.

MELHORIAS NA UNIDADE LABORATÓRIO DO MUNICÍPIO DE PIMENTA BUENO/RO APÓS A PLANIFICAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gracielen Cristina Milomes Alves; Juliana Ferreira Biazatti

ASSESSORIAPIMENTABUENO@GMAIL.COM

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) ocorrida na região do Café em Rondônia, desde 2017, tem a proposta de integrar a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em rede. A Unidade Laboratório (UL) do Município de Pimenta Bueno/RO vem apresentando melhorias desde a implantação desse processo na região. A Atenção Primária do município era precária quanto à organização e gestão, mesmo com recursos financeiros suficientes. A UL não possuía cobertura total do seu território pelos Agentes Comunitários em Saúde (ACS), cadastro de todos seus usuários nem mapa de seu território de atuação. Não havia fluxo interno estabelecido, sinalização nem protocolos. Havia precariedade na organização dos setores, na estrutura física e na informatização. A insuficiência de equipamentos e insumos comprometia a qualidade dos atendimentos e contribuía para desmotivação dos servidores, gerando um grave problema. Com o início das oficinas, tutorias e capacitações práticas da Planificação, foi possível realizar mudanças na organização da UL, desde intervenção na

estrutura da unidade, no processo de territorialização e cadastramento familiar até aquisição de equipamentos e insumos. O envolvimento e o comprometimento da equipe e do gestor garantiram o sucesso dessas intervenções. Melhorias já foram percebidas com a adoção e a implantação de algumas estratégias, como: reuniões com horário protegido; implantação do bloco de horas; funcionamento da unidade 40 horas semanais; contratação de agente administrativo; estabelecimento do fluxo da UL; cadastro e atualização dos usuários no e-SUS; sinalização na ambiência externa e interna; disponibilidade de carro para visitas domiciliares; reformas na estrutura física; aquisição de insumos, equipamentos de saúde e de informática, e educação permanente para toda a equipe. Como resultado, obtiveram-se: melhorias na estruturação e organização dos processos de trabalho da UL; território com cobertura de 100% dos ACS – apenas com a redistribuição desses profissionais nas microáreas; atendimento de segunda a sexta – das 7h às 17h; realização de procedimentos e administração de medicamentos na própria unidade; redução do tempo de espera dos usuários na unidade e aumento da satisfação no atendimento; qualificação na atenção à saúde prestada; e aumento da satisfação dos profissionais da unidade. É possível ter um SUS efetivo e uma APS com qualidade e resolução de problemas, a partir de estratégias de organização e planejamento, sobretudo com envolvimento e comprometimento da equipe e do gestor. Hoje, a UL é “vitrine” para a expansão da planificação nas demais UBS do município, além de ser exemplo de referência para a Região do Café.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM GESTANTES NO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO

Rosângela Vaz; Rosane de Lucca Maerschner; Silvana Hubner

ROARAUJO.VAZ@GMAIL.COM

O município de Pimenteiras do Oeste localiza-se na região de saúde Cone Sul, estado de Rondônia. Possui uma população pequena de 2.191 habitantes, dados do IBGE, porém tem 2.471 pessoas registradas no sistema e-SUS, tendo 100% de território coberto após o processo de Planificação da

Atenção à Saúde. A estratificação das gestantes por estratos de riscos é um elemento central da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, possibilitando um elo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Antes da planificação, o atendimento às gestantes era realizado no hospital de pequeno porte da cidade, sem realização da estratificação do risco gestacional. A ausência da estratificação de risco tinha como consequência um pré-natal de baixa qualidade, o não conhecimento das gestantes do território classificadas como risco habitual e médio risco – que deveriam ser manejadas na APS –, bem como o desconhecimento das gestantes de alto risco, que deveriam ser encaminhadas à AAE, para uma atenção compartilhada. Tanto a equipe da APS quanto a do ambulatório de atenção especializada, localizado na região de saúde, estão envolvidas no processo de estratificação de risco das gestantes, apesar de ter havido resistência por parte de alguns profissionais no início da implantação. As principais intervenções incluíram: horário protegido para realização das ações; levantamento de todas as gestantes do município pelos ACS; inclusão das fichas de estratificação do risco gestacional nos prontuários; encaminhamento das gestantes de alto risco ao AAE; monitoramento mensal, por meio de uma planilha e sob a responsabilidade da enfermeira, para averiguar o cumprimento das atividades previstas na linha de cuidado; realização de busca ativa das gestantes faltosas e elaboração de um plano de ação mensal para as correções das não conformidades. Das 37 gestantes mapeadas de abril a outubro de 2019, 30 foram estratificadas como risco habitual, 5 como médio risco, e apenas 2 foram de alto risco e encaminhadas à atenção ambulatorial especializada. Após implantação da Planificação nesse município, a equipe compreendeu que estratificar o risco traz segurança maior para as gestantes e para os profissionais, além de qualificar o cuidado no pré-natal. Houve uma reorganização do fluxograma dos atendimentos à gestante e implantação da ficha de estratificação a cada consulta pelos profissionais médicos e enfermeiros. O acompanhamento pré-natal consiste em assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, sendo fundamental a utilização da estratificação do risco gestacional.

SÃO PAULO

GESTÃO ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA: REORGANIZANDO O TRABALHO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO PARA POTENCIALIZAR A ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Maria Elizabete Sardinha

MFSADINHA@SAUDE.SP.GOV.BR

A Coordenação estadual da Atenção Básica (AB) possui 90 articuladores, que atuam como apoio técnico aos municípios nas questões referentes à atenção básica, nas 63 Regiões de Saúde que compõem o estado de São Paulo. Dados de setembro de 2018 revelavam uma cobertura da AB de 60,54%; e da Estratégia Saúde da Família, de 40,28%. Como fragilidade, tinham-se processos de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) predominantemente fragmentados, centrados nos médicos, direcionados à demanda de casos agudos, sem vínculo com o território. Era premente a necessidade de mudar o modelo de atenção à saúde para responder às necessidades da população. Participaram deste projeto os 90 articuladores estaduais da AB, com envolvimento de 2 deles na região de saúde selecionada (Polo de Avaré e de Piraju), 50 tutores municipais, coordenadores da AB, profissionais de saúde da AB e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dos municípios envolvidos (17) da Região do Vale do Jurumirim. A intervenção consistia em implantar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (Macc) como estratégia para qualificação da AB, influenciando na organização das demandas na UBS; ordenação dos fluxos assistenciais na rede e coordenação e responsabilização pelo cuidado. O Projeto de Qualificação da Atenção Básica, com formação dos articuladores estaduais da AB para prestar apoio técnico aos municípios, é focado na reorganização dos processos de trabalho nas UBS, com vistas à atenção às condições crônicas. Para tal, utilizaram-se as oficinas teóricas e as tutorias da Planificação da Atenção Primária à Saúde, promovendo a reflexão crítica do cotidiano do trabalho, a reorganização dos processos a partir da participação dos trabalhadores e o espaço protegido para aprendizagem da equipe e para elaboração do pla-

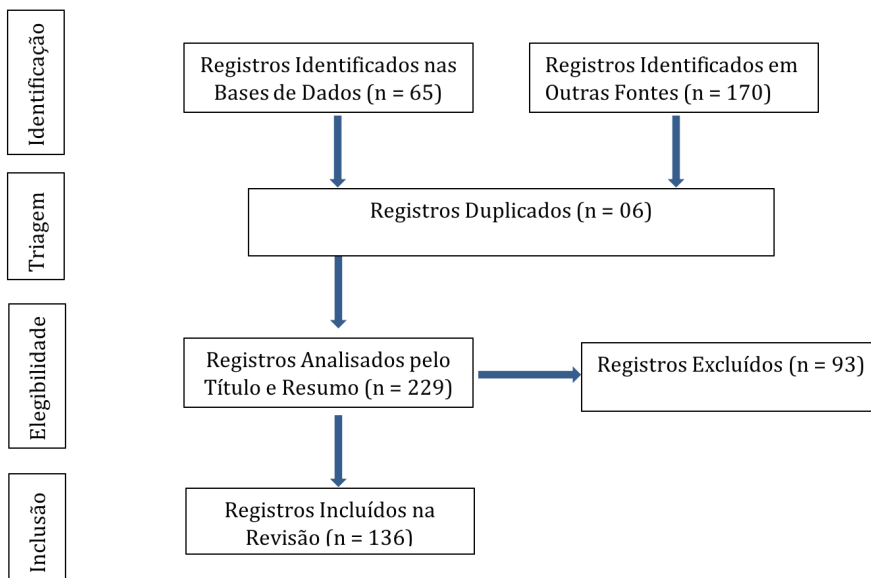
no de ação no período de dispersão das oficinas/tutorias. Priorizaram-se a qualificação dos processos de territorialização; o cadastramento familiar; a identificação de famílias vulneráveis com plano de cuidado; o acolhimento – demanda espontânea e agendada; os fluxos de atenção no atendimento às condições crônicas; a estratificação de risco para as condições crônicas; a gestão da agenda na UB; e as ações para o autocuidado apoiado. Expandiu-se o Projeto, no ano de 2018, para as 62 regiões de saúde com apoio dos gestores, envolvimento de 246 municípios e 573 equipes de Saúde da Família, participação do quadro técnico dos municípios e implantação de unidade laboratório (UL) em cada município. O resgate do espírito de trabalho em equipe – de forma multidisciplinar e interdisciplinar – foi observado com frequência, porém, a insuficiência de recursos humanos e materiais e de insumos observados constituem-se as principais fragilidades para a efetividade do projeto. A apresentação da planificação em CIR, a pactuação regional com os municípios, a escolha das UL com os respectivos gestores, o estabelecimento e cumprimento do cronograma das oficinas em cada região de saúde e o apoio dos gestores locais são preponderantes para o sucesso.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS ALCANÇADOS

ACHADOS PRINCIPAIS

Foram identificados 235 registros na estratégia de busca, sendo 65 nas bases de dados científicas e 170 em outras fontes. Comprovou-se a duplicidade de 6 estudos por ocasião da varredura dos dados. Foram selecionados 229 para leitura do título e resumo, que culminaram com a exclusão de 93, os quais não atendiam aos critérios de elegibilidade. Ao final, um total de 136 estudos que se reportavam à PAS foram incluídos na pesquisa da revisão de escopo (figura 5).

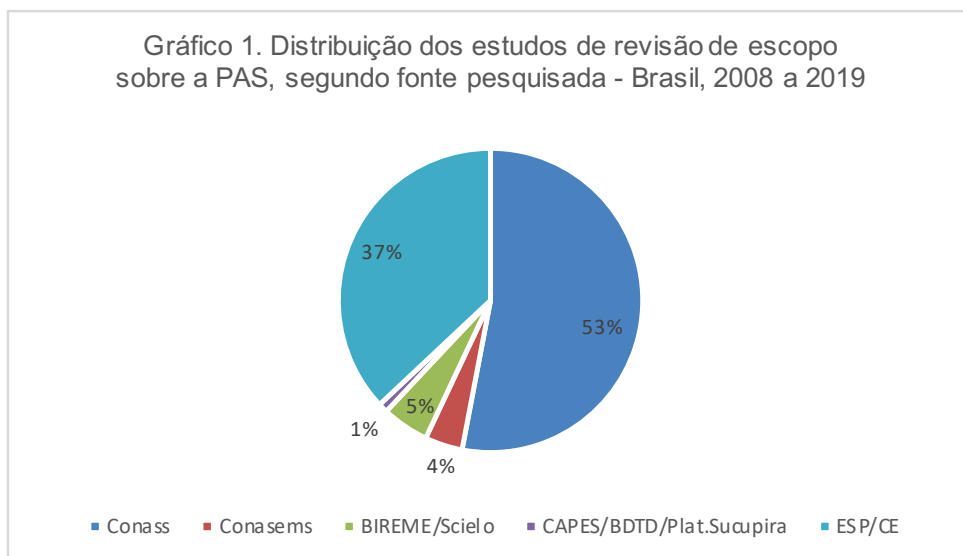
FIGURA 5 **Fluxograma Prisma (Flowchart) com dados da estratégia de busca de estudos de revisão de escopo sobre a Planificação da Atenção à Saúde – Brasil, 2008 a 2019**



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

As experiências do PlanificaSUS desenvolvidas pelos estados inseridos no Proadi-SUS, sob a condução do Hospital Albert Einstein, foram excluídas haja vista o pouco período de desenvolvimento do projeto nas regiões de saúde selecionadas (inferior a 12 meses). Dessa forma, desconsideraram-se os relatos apresentados por ocasião do II Seminário da Planificação da Atenção à Saúde, ocorrido em Brasília, no final de 2019, representativos dos seguintes estados: Bahia, Distrito Federal (Região Centro-Sul), Espírito Santo (Região Metropolitana), Maranhão (Região de São João Patos), Mato Grosso, Paraná (4ª. Região), Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro (Região do Médio Paraíba), Rio Grande do Norte, Rondônia (Região de Madeira Marmoré) e Sergipe.

Os 136 estudos identificados sobre a PAS tiveram como principais fontes: bases de dados científicas (Bireme, SciELO, Periódicos Capes, BDTD, Plataforma Sucupira e banco de dados da ESP/CE), além do Conass e do Conasems. A maior parte dos estudos foi obtida por meio do Conass, seja via correspondência eletrônica, seja por pesquisa aos trabalhos apresentados em eventos da saúde, correspondendo a 53% do total. Em seguida, com 37%, foram os estudos obtidos no banco de dados da ESP/CE. Os estudos disponibilizados no site do Conasems e nas demais bases de dados científicas corresponderam a 4% e 6% respectivamente (gráfico 1).



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

A análise de conteúdo dos títulos dos estudos da revisão de escopo, por meio do diagrama de clusters – também conhecido como nuvem de palavras – agrupou os termos mais utilizados, evidenciando “Saúde”, “Atenção” e “Planificação” como os mais presentes, confirmando o resultado da estratégia de busca da pesquisa, que utilizou como um dos descritores “Planificação da Atenção à Saúde”. A seguir, “Primária”, “Unidade”, “Básica”, “Estratégia” e “Família” também aparecem com frequência por se tratar de terminologias presentes em vários títulos e que se referiam à “Atenção Primária, Atenção Básica, Unidade de Saúde e/ou Saúde da Família”. A palavra “Município” também surgiu como destaque, já que parte dos estudos se deu nesse território administrativo. As demais palavras evidenciaram alguns processos de trabalho que foram priorizados nas intervenções, bem como alguns grupos populacionais que se beneficiaram com as ações (figura 6).

FIGURA 6 **Análise de conteúdo das palavras destacadas nos títulos dos estudos de revisão de escopo sobre a Planificação da Atenção à Saúde – Brasil, 2008 a 2019**



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA, COM AUXÍLIO DO SOFTWARE NVIVO.¹

1 Utilizado pelo CONASS, sob licença.

A unidade federada que teve o maior registro de estudos foi o Ceará, com um total de 52, representando 38,2% do total, sendo 50 destes relativos à produção de TCC voltados à implantação de um projeto de intervenção, uma vez que a planificação no município de Tauá foi adaptada a um curso de especialização. Maranhão e Goiás ficaram em segundo e terceiro lugar em relação ao número de estudo produzidos, com 11,7% e 11% respectivamente. O Distrito Federal e Minas Gerais obtiveram o mesmo percentual de estudos, cada um com 8,8%, seguidos do Rio Grande do Sul com 8% do que foi produzido no geral. Os relatos de experiências e os TCC foram os que mais prevaleceram entre os estudos, em uma frequência de 57,3% e 36,7% respectivamente. Apenas três estados publicaram artigos relacionados com a PAS: Distrito Federal (3), Minas Gerais (2) e Goiás (1), representando um percentual de 4,4% sobre o total dos estudos incluídos na revisão de escopo (tabela 1).

TABELA 1 **Distribuição dos resultados da revisão de escopo sobre publicações relacionadas à Planificação da Atenção à Saúde, por tipos de estudo e Unidades da Federação (UF) – Brasil, 2008 a 2019**

UNIDADE FEDERAÇÃO	ARTIGO	RELATO EXPERIÊNCIA	TRABALHO CONCLUSÃO CURSO	DISSERTAÇÃO	TOTAL DE ESTUDOS POR UF	
					N	%
CE	–	02	50	–	52	38,22
DF	03	09	–	–	12	8,82
ES	–	07	–	–	07	5,14
GO	01	14	–	–	15	11,02
MA	–	16	–	–	16	11,76
MG	02	10	–	–	12	8,82
PR	–	01	–	–	01	0,73
RJ	–	04	–	–	04	2,94
RN	–	–	–	01	01	0,73
RO	–	04	–	–	04	2,94

UNIDADE FEDERAÇÃO	ARTIGO	RELATO EXPERIÊNCIA	TRABALHO CONCLUSÃO CURSO	DISSERTAÇÃO	TOTAL DE ESTUDOS POR UF	
					N	%
RS	–	10	–	01	11	8,08
SP	–	01	–	–	01	0,73
TOTAL	N 06 % 4,4	78 57,3	50 36,7	02 1,4%	136	100%

FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

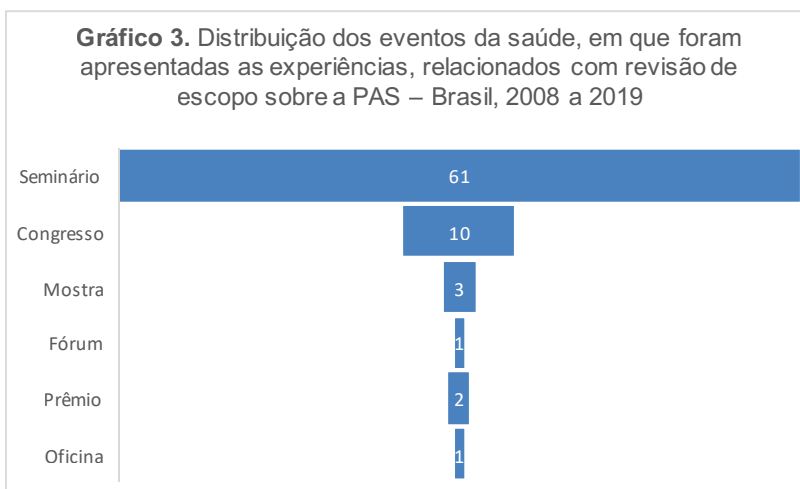
Dois experiências foram premiadas por ocasião de suas participações em eventos da saúde: “Da maternidade da morte para a maternidade da vida – a nova organização do cuidado às gestantes no interior do Maranhão” obteve o primeiro lugar na premiação da 16ª Mostra Nacional de Experiências bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi) em 2019; e “Escala de risco familiar – uma ferramenta de qualificação do processo de trabalho utilizada na unidade laboratório da planificação da atenção à saúde, três cachoeiras, RS” foi contemplada com o segundo lugar na mostra do XXXV Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2019.

Em relação ao local de publicação e apresentação dos estudos, 57,3% foram apresentados em eventos da saúde, como congressos, seminários, mostras, fóruns, oficina e prêmios. Apresentação em bancas de defesa e publicações em revistas corresponderam, respectivamente, a 38,2% e 4,4% (gráfico 2).



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

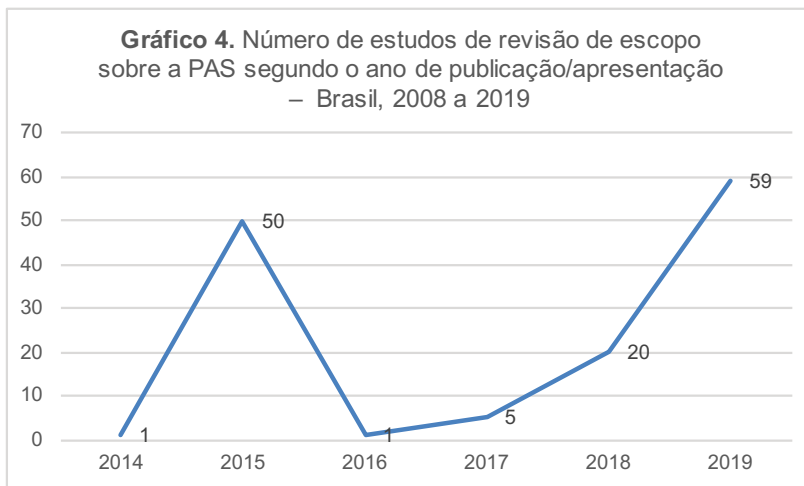
Entre os eventos da saúde, os que mais prevaleceram foram os seminários (78,2%), dado que, a partir de 2018, foi introduzida na programação da planificação a realização de seminários regionais para o compartilhamento de experiências exitosas. Apresentação em congressos foi o segundo evento mais prevalente, com 12,8% de um total de 78 eventos (gráfico 3).



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

O ano com o maior percentual de publicações e/ou apresentações dos estudos foi o de 2019, seguido do ano de 2015, com uma frequência de 43,3% e 36,7% respectivamente, correspondendo, na prática, à apresentação das experiências exitosas em eventos da saúde – intensificadas

a partir do ano de 2018 e às apresentações dos TCC, por ocasião de suas defesas (gráfico 4).



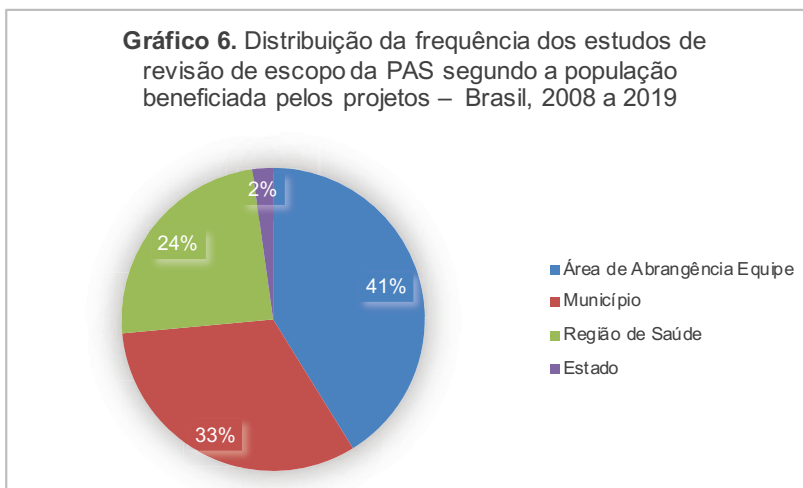
FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

Em relação ao ano de desenvolvimento dos estudos, o de 2016 foi o que registrou a maior prevalência (38,2%) – coincidindo com o ano em que os projetos de intervenção do curso de especialização em PAS em Tauá/CE deveriam ser postos em prática, seguido do ano de 2018 (18%). Cerca de 15,4% dos estudos não informaram o ano em que se deu a intervenção (gráfico 5).



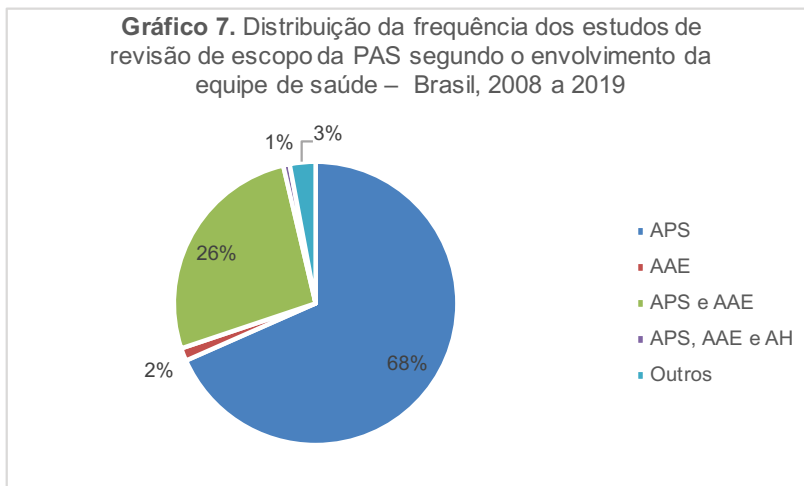
FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

Observa-se que os estudos se distribuíram nos vários territórios, no esforço de garantir a continuidade do cuidado do usuário nos diversos pontos de atenção da rede, apesar de se concentrarem mais no território municipal. A população mais beneficiada foi a da área de abrangência da equipe de saúde, seguida pela dos municípios, com 41% e 33% respectivamente (gráfico 6).



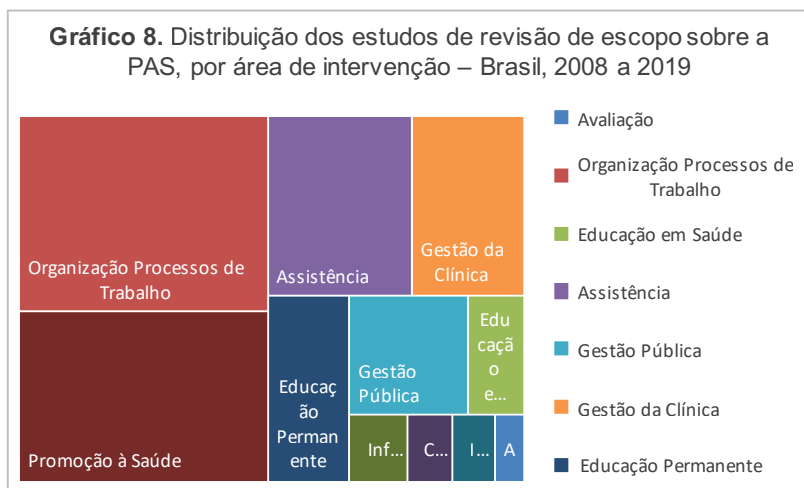
FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

Em relação às equipes de saúde envolvidas nos estudos/projetos, os dados apontaram que as da atenção primária foram as mais prevalentes (68%), seguidas do trabalho conjunto APS e AAE, na execução do cuidado compartilhado (36%). Estudos envolvendo gestores e facilitadores, coordenadores regionais, equipe de avaliadores e atenção hospitalar representaram 3% do total de registros (gráfico 7).



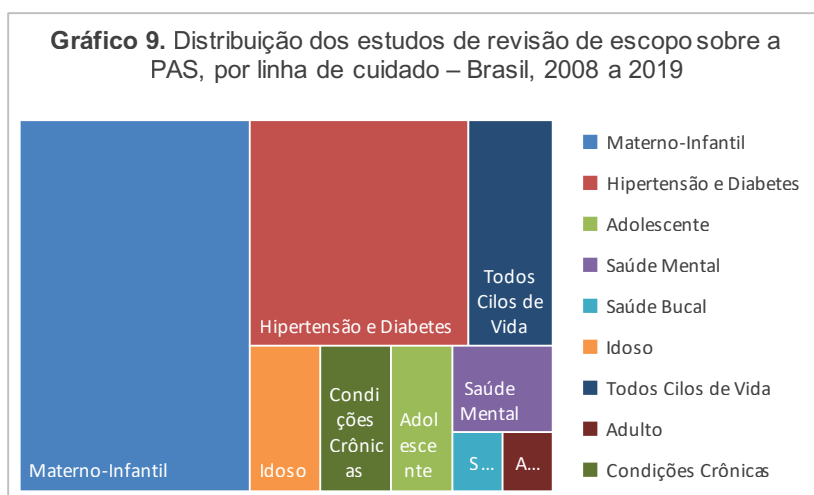
FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

A análise de dados demonstrou que os estudos trabalharam, em sua maioria, com intervenções na organização dos processos de trabalho, promoção à saúde e assistência. Intervenções na área da gestão (tanto da clínica quanto relativas a ações públicas de saúde) e da educação permanente também foram significativas. A variável “educação em saúde” agrupou dados que envolviam tanto processos educativos aos usuários quanto aos profissionais da saúde, na forma de educação continuada e/ou permanente. Foram incluídos dois estudos sobre gestão da fila no agrupamento de gestão da clínica (gráfico 8).



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

A maioria dos estudos priorizou a linha de cuidado materno-infantil para iniciar a implantação e a organização da rede de atenção à saúde, seguida de hipertensão e diabetes. Alguns projetos de intervenção/experiências fragmentaram a linha de cuidado materno-infantil para trabalharem algumas atividades específicas, ora trabalhando apenas mulher, gestante, puérpera ou criança, isoladamente. O mesmo aconteceu com algumas equipes, que trabalharam ações isoladas só para hipertensos ou só para diabéticos. Estudos/experiências que focaram na descrição de apenas um processo de trabalho, como a classificação de risco familiar ou a organização do fluxo de atendimento da unidade, beneficiavam todos os ciclos de vida. Apenas dois estudos trabalharam com adultos, com intervenções voltadas à formação de cuidadores (gráfico 9).



FONTE: ELABORAÇÃO DA AUTORA.

Observa-se que as estratégias exitosas descritas nos estudos podem ser replicadas em qualquer Unidade da Federação, mesmo diante da diversidade do país. A seguir, destacam-se as principais atividades e ações relatadas: realização de oficinas e tutorias (para alinhamento de conceitos, organização dos processos de trabalho e mudança de práticas), reuniões (com gestores, grupos condutores da PAS, equipes técnicas municipais e estaduais – tanto em nível central como da região de saúde, trabalhadores da saúde, conselheiros de saúde, parceiros e comunidade), estudo de casos, rodas de conversa, cursos curtos teórico/práticos e seminários; formação

de grupos (gestantes, puérperas, adolescentes, idosos e de fibromialgia); utilização de teatro de bonecos/fantoches; contação de histórias; utilização de meios de comunicação; elaboração de ferramentas/instrumentos para a organização dos serviços e processos (fluxograma de atendimento, escala de Coelho e Savassi, manual de acolhimento e classificação de risco, cadernetas – da criança, adolescente, gestante, idoso e saúde bucal, roteiro de atendimento dos profissionais, mapas, questionários de avaliação da satisfação de usuários e trabalhadores da saúde, painel de bordo com lista de indicadores, planilhas de gerenciamento, monitoramento e avaliação de processos); busca ativa de subpopulações de risco e de faltosos; reterritorialização; atualização de cadastro da população; visitas domiciliares e classificação de risco das famílias. As principais ações relacionadas com a decisão da gestão foram: implantação de diretrizes clínicas, manuais e protocolos; publicação de resoluções; compra de insumos, mobiliários, equipamentos e materiais médicos e de informática; reforma e ampliação física das unidades de saúde; remanejamento e contratação de recursos humanos, integração de todos os setores da secretaria municipal/estadual da saúde; instituição de horário protegido aos profissionais e tutores para educação permanente; e aquisição de software para implantação de prontuários eletrônicos.

Os resultados encontrados nesta revisão de escopo evidenciam mudanças e efeitos positivos da PAS na organização dos processos de trabalho (práticas e atitudes) e/ou nos indicadores de saúde após a sua implantação em uma região de saúde do Brasil. Dentre eles, destacam-se: organização das RAS; inversão do modelo de atenção à saúde, com adoção do modelo de atenção às condições crônicas e incorporação das tecnologias leves de atendimento (atenção contínua, atenção compartilhada em grupo, autocuidado apoiado, grupo operativo e plano de cuidado compartilhado); adoção das novas funções da atenção ambulatorial especializada, além da função assistencial (educacional – com destaque ao matriciamento, supervisional – com evidência à supervisão cruzada, e de pesquisa – estimulando a produção científica); implantação das unidades de laboratório na APS e na AAE; atendimento por bloco de horas; classificação de risco das famílias; estratificação de risco das condições crônicas; implantação de prontuários eletrônicos; implementação da linha de cuidado – com definição das atribuições e competências de cada ponto de atenção à saúde;

acolhimento com classificação de risco dos eventos agudos; estabelecimento do fluxo interno de atendimento das unidades; melhoria na qualidade e resolutividade da APS, na organização dos processos de trabalho das equipes, nos indicadores de saúde, nos registros de informação, no manejo e controle das condições crônicas de saúde, na infraestrutura, ambiência, sinalização das unidades e na comunicação com o usuário e com os membros das equipes da APS e da AAE; aumento na oferta de insumos e exames – segundo as diretrizes clínicas, na capacidade de autocuidado e corresponsabilização do usuário em gerir sua condição de saúde e no vínculo dos usuários com as equipes de saúde; qualificação da atenção integral à saúde e das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); ampliação do acesso na APS, inclusive na assistência odontológica; adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos e não medicamentosos; aumento da cobertura de cadastros inseridos no e-SUS e da regulação dos encaminhamentos à AAE, dos pacientes com alto e muito alto risco, ordenada pela APS; incremento no potencial de capacitação dos profissionais da APS e da AAE e na integração desses profissionais; ampliação das equipes da APS e da AAE, com novas contratações; redução de microáreas descobertas, nos internamentos por complicações ou desestabilização das condições crônicas, nas filas, no absenteísmo nas consultas e realizações de exames; menor tempo dos usuários na unidade de saúde; implementação da cultura de monitoramento e avaliação, com análise sistemática de indicadores e da satisfação tanto de usuários quanto de trabalhadores da saúde; implementação da saúde do idoso, com realização de avaliação clínica e funcional e estratificação de risco; consolidação da identidade regional; fortalecimento das estruturas de governança; e criação da Diretoria Regional de Atenção Secundária no Distrito Federal – consolidando-se como um resultado indireto da PAS.

Constituiu-se lacuna da pesquisa a ausência de TCC, que não estavam disponibilizadas em bancos de dados da Universidade Estadual do Pará, apesar de ter-se conhecimento da adaptação da PAS, ocorrida na região de Paragominas/PA, em um curso de especialização em Gestão da Atenção Primária à Saúde, ofertado aos facilitadores regionais da planificação. Os TCC identificados no banco de dados da ESP/CE não corresponderam à realidade, uma vez que o número de especialistas certificados foi bem maior,

representando, à época, pouco mais de uma centena de profissionais da saúde de nível superior.

POTENCIALIDADES

Os autores consideraram as seguintes potencialidades como favorecedoras ao desenvolvimento da Planificação:

“Decisão política do gestor em mudar o modelo de atenção à saúde e o modelo de gestão, a fim de estruturar e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde; adesão de gestores municipais e profissionais da saúde à proposta da planificação; apoio do Conass, da gestão estadual (nível central e regional) e gestão municipal; a planificação ser pauta frequente nas reuniões da Comissão Intergestores Regional (CIR); existência de uma linguagem única em toda a rede; integração entre as equipes da APS e da AAE para efetivar o compartilhamento do cuidado; estabelecimento de parceria com as instituições governamentais e não governamentais; o trabalho ocorrer por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar; união e comprometimento entre os membros da equipe; trabalho integrado entre agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias; e a participação de representantes da gestão (municipal e regional) nas oficinas e tutorias da planificação”.

LIMITAÇÕES / FRAGILIDADES

Limitações relatadas ao desenvolvimento da Planificação pelos autores:

“Alguns processos não foram implementados ou implantados, porque envolve decisões e recursos, nos níveis federal e estadual; não autonomia das Regiões de Saúde na lotação e aumento de carga horária de profissionais, assim como na aquisição de mobiliários, insumos e equipamentos necessários; a população local é maior que a capacidade da equipe; o pouco investimento de recursos do Estado na APS; a falta de prioridade política nas ações da APS, em detrimento do que é investido nos níveis com maior densidade tecnológica (média e alta complexidade); a desvalorização dos servidores que atuam na APS; precarização dos vínculos trabalhistas; a compreensão quanto à proposta de fortalecimento da APS aconteceu em relação aos facilitadores (apoia-dores institucionais), mas não houve a adesão de alguns gestores e

profissionais durante o momento de sua aplicação; insuficiência de estudos publicados sobre a Planificação da Atenção à Saúde, bem como dificuldades relativas à ausência de descritores nas bases de dados que se relacionem a ela; resistência na utilização de ferramentas por parte de alguns profissionais; insuficiência na disponibilização de transporte para as visitas domiciliares; não dispor de profissional médico na equipe da coordenação estadual de AB para capacitação *in loco* nas Regionais de Saúde; a insuficiência de recursos humanos, materiais e de insumos observados constituem-se as principais fragilidades para a efetividade do projeto”.

LIÇÕES APRENDIDAS

Após a implantação da PAS, algumas lições foram aprendidas e destacadas pelos autores:

“O sistema público de saúde é o principal provedor de serviços de saúde, principalmente da atenção primária. A PAS configurou-se um importante instrumento de gestão das RAS. O desenvolvimento de redes de saúde requer um modelo sólido e agentes de mudança. O compromisso do governo com o desenvolvimento de políticas integradas é fundamental para o sucesso. A gestão da saúde da população deve ter base na APS. Toda mudança pressupõe novas escolhas, novas atitudes e transformações, que servem de parâmetro para agir e atuar de maneira mais confiante, com novos conhecimentos, na expansão dessas ações para outras unidades de saúde do município. Ferramentas de gestão da clínica contribuem para otimização do cuidado e são especialmente importantes para o acompanhamento de condições crônicas. Devem-se trabalhar os processos com visão sistêmica e fator humano e idealizar projetos curtos, com metas alcançáveis e recursos disponíveis, atendendo às necessidades do território em tempo oportuno. Os Incidentes com desfechos desfavoráveis ocorrem por condições crônicas não estabilizadas, que agudizam. É necessário ter protocolos para nortear e padronizar a conduta clínica dos profissionais e investir em qualificação; devem-se pactuar esses documentos com os gestores em CIR e CIB; e a Secretaria Estadual da Saúde (SES) tem papel estratégico na organização das Redes de Atenção à Saúde, considerando que está entre suas funções o apoio técnico, financeiro e administrativo aos municípios. O processo de Planificação terá êxito quando aqueles que estão à frente acreditarem nele e não medirem esforços para persistir, recomeçar, inovar e sensibilizar os demais a construir essa nova cara da APS; um

processo que demanda tempo, energia, entrega e amor, mas com resultados mensuráveis. A Planificação da Atenção à Saúde trouxe consigo o reconhecimento do verdadeiro papel da Atenção Primária, trouxe a certeza que é possível fazer mais com menos, que é possível transformar práticas de trabalho, e que é possível, com a organização de processos, atingir resultados inimagináveis. A apresentação da planificação em CIR, a pactuação regional com os municípios, a escolha das unidades laboratórios com os respectivos gestores, o estabelecimento e cumprimento do cronograma das oficinas em cada região de saúde e o apoio dos gestores locais são preponderantes para o sucesso. É indispensável perseverar no propósito; é necessário avaliar sistematicamente o processo de Planificação/tutoria; e mudar os trajetos quando necessário. Vale a pena recomeçar!”.

DESAFIOS

A seguir, destacam-se alguns desafios propostos para a continuidade e o aprimoramento da PAS por ocasião dos relatos dos estudos:

“Uso e implementação/implantação de um sistema eletrônico em pequenos municípios, como ferramenta importante para melhorar a qualidade dos prontuários, favorecer a integração de todas as unidades de saúde (APS e unidades especializadas) e garantir a gestão de um atendimento longitudinal. Decisões nos níveis federal e estadual no investimento de recursos para que haja mudanças de melhoria. Adequar o espaço físico, modificar os serviços e os processos de trabalho já instituídos, dispor de carga horária dos profissionais exclusiva para o desenvolvimento do modelo e a mudança da grade horária do ambulatório. Garantia da continuidade do processo; institucionalização do Macc; rever modelo de financiamento; manter a integração e articulação dos prefeitos e secretários; concluir o sistema de informatização para todos os municípios; implantação da política de educação permanente e implantação do transporte sanitário regional, bem como do monitoramento e avaliação da RAS”.

CAPÍTULO 5
CONSIDERAÇÕES
FINAIS

Em 2019, a capilaridade da PAS, proposta pelo Conass, assumida pelo Proadi-SUS e executada pelo Hospital Albert Einstein, expandiu-se para 27 regiões de 20 Unidades Federativas do Brasil tornando-se uma estratégia inovadora para a implantação/implementação das RAS, sob a ordenação da APS.

A Planificação estabeleceu a interface dos trabalhos em equipe, com vistas à facilitação e ampliação do acesso; melhorou relações de trabalho e de vínculos entre profissionais e usuários; e conscientizou gestores de que é possível trabalhar com uma agenda de inovação e eficiência, planejada com base populacional e governança em rede.

Entendendo-se que a organização da RAS só se completa no nível terciário, o Conass optou, a partir de 2019, por incorporar a AH à PAS, com vistas a contribuir para o alinhamento e o compartilhamento das diretrizes clínicas, a organização de processos, a qualificação da atenção e eficiência dos serviços, integrando a AH à RAS para obter os melhores resultados clínicos e funcionais à população usuária.

Sendo a PAS um processo em contínua construção, recomenda-se, para seu sucesso, a garantia da estrutura operacional da rede a fim de obter atenção qualificada e resultados favoráveis. Algumas questões têm que ser formuladas para elaborar o planejamento efetivo da PAS: Qual é o real propósito da gestão e dos trabalhadores da saúde ao aderirem à Planificação? Que competências, atribuições e habilidades serão necessárias desenvolver? Quais as funções e responsabilidades de cada nível de atenção? Que sistemas e instrumentos serão utilizados no monitoramento e avaliação? Que resultados se espera e que valor se quer agregar à vida da população?

O conhecimento das publicações sobre a planificação, identificadas por meio desta revisão de escopo, possibilitará ao Conass ampliar suas referências bibliográficas, reconhecer instituições parceiras e ter ciência dos dados originados nos estudos, a fim de incrementar a estratégia em suas futuras gerações, bem como em suas publicações.

Chama-se atenção ao fato de que, apesar de ter-se identificado um número considerável de estudos nesta pesquisa, é urgente a necessidade de gerar evidências, e não apenas literatura cinza, sobre os resultados obtidos com a Planificação. Para tal, cada município poderá implantar um núcleo de ensino e pesquisa, que se responsabilize a disseminar essa cultura e a apoiar na investigação, produção de dados e na elaboração de estudos que gerem conhecimentos científicos e que possam ser reproduzidos em outros locais.

*n. 36
Estudos sobre
a Planificação da
Atenção à Saúde
no Brasil –
2008 a 2019:
uma revisão
de escopo*

Por fim, considera-se que os gestores das SES têm um papel preponderante na coordenação do processo da Planificação, assumindo-a enquanto uma política de governo, e que a qualificação dos tutores e facilitadores assim como o envolvimento dos articuladores regionais e a adesão dos profissionais da saúde na implementação desse processo são fatores imprescindíveis ao sucesso dessa estratégia.

RECONHECIMENTOS

Gratidão e reconhecimento a todos os autores que se empenharam em compartilhar seus estudos e experiências relacionados com a PAS, aos profissionais que se envolveram nos processos de trabalho e aos gestores estaduais e municipais que aderiram e acreditaram na potencialidade dessa estratégia de fortalecimento da APS e de organização das RAS.

Agradecimentos especiais à contribuição de Juliane Alves, consultora contratada pelo Conass, que auxiliou na metodologia para a estratégia de busca dos dados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. V. *et al.* **Avaliação do laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde de Santo Antônio do Monte, Minas Gerais, Brasil.** Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2017. 46 p.: il. – (Texto para discussão, 552). ISSN 2318– 2377.

ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice**, v. 8, p. 19-32, 2005.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 164, p. 1, 25 ago. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso em: 4 jan. 2020.

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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 251, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 4 jan. 2020.

CONASS. **Caderno de apresentação**: oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. p. 10-18.

CONASS. **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 4 jan. 2020(a).

CONASS. **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/ESTATUTO-CONASS-2017- Assembleia-de-29.11.2017.pdf>. Acesso em 4 jan. 2020(b).

CONASS. Planificação da Atenção à Saúde. Conheça a proposta de gestão e organização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. **Consensus**. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ano VI | Número 20 | julho, agosto e setembro de 2016. p. 8-17.

CONASS. **Planificação da atenção à saúde**: um instrumento da gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Guimarães, A. M. D. N; Cavalcante, C. C. B.; Lins, M. Z.

S. (Org.) Brasília: CONASS, 2018. 300p.: il color.: (CONASS Documenta: v. 31). ISBN 978-85-8071-053-3.

CONASS. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 436 p. – (CONASS Documenta, 23). p. 15-17. ISBN 978-85-8071-004-5.

CONASS. **Vigilância em Saúde – Parte 1 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 320 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 5,I). p. 31. ISBN: 978-85-89545-65-5.

DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. O que são estudos de escopo? Uma revisão da literatura de enfermagem. *Int J Nurs Stud*, vol. 46, n. 10, 2009. 1386-400p.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Editorial. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 21, n. 4, Brasília dez.2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400001>. Acesso em: 26 dez. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock. Acesso em: 27 dez. 2019.

INSTITUTE JOANNA BRIGGS. **JBI Reviewer's Manual**. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL>. Acesso em: 28 out. 2019

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília/DF. CONASS, 2019. 869 p.: il. ISBN: 978.85.8071-059-5.

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. 512 p.: il. ISBN: 978–85-7967-078-7.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: p. 76-80. CONASS, 2019.

MENEZES, S. S. C. *et al.* Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*, v. 49, n. 6, p. 1037-1044, 2015. DOI: 10.1590/S0080-623420150000600021

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. **Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013. 193 p.: il. ISBN 978-92-75-71741-7.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, out-dez 2012. Versão impressa ISSN 1679- 4974, versão On-line ISSN 2337- 9622.

WHO. **World health statistics 2018**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2018, p. 7. ISBN 978-92-4-156558-5.

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS Conass Documenta

- 2020 – CONASS DOCUMENTA 35
As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 34
Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023
- 2020 – CONASS DOCUMENTA 33
Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS
- 2019 – CONASS DOCUMENTA 32
Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil
- 2018 – CONASS DOCUMENTA 31
Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde
- 2018 – CONASS DOCUMENTA 30
O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS: ênfase na Educação Permanente em Saúde
- 2015 – CONASS DOCUMENTA 29
2º Levantamento da Organização, Estrutura e Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde
- 2015 – CONASS DOCUMENTA 28
Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)
- 2013 – CONASS DOCUMENTA 27
Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social
- 2013 – CONASS DOCUMENTA 26
A Lei n. 141/2012 e os Fundos de Saúde
- 2012 – CONASS DOCUMENTA 25
1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde
- 2012 – CONASS DOCUMENTA 24
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
- 2011 – CONASS DOCUMENTA 23
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS
- 2011 – CONASS DOCUMENTA 22
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap
- 2010 – CONASS DOCUMENTA 21
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde
- 2010 – CONASS DOCUMENTA 20
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19

O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16

Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15

Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14

Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12

Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7

Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6

Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5

Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4

Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3

Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2

Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1

Estruturação da Área de Recursos Humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia ao reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que, além de não possuir periodicidade definida, aborda diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o CONASS se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar à publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas, a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita melhor contraste e fidelidade de cor.
