



Prefeitura Municipal de Amparo
Secretária Municipal de Saúde
Departamento Atenção Primária à Saúde

QUALIFICAÇÃO DO ACESSO

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

AMPARO
2024

FICHA TÉCNICA

Carlos Alberto Martins
Prefeito Municipal de Amparo

Gilberto Ferreira Martins Junior
Secretário Municipal de Saúde

Bárbara Cardoso Miranda
Direção da Atenção Primária à Saúde

Estela Ferraz de Toledo
Coordenador da Atenção Primária à Saúde

Caio Gabriel de Araújo Taniguchi
Coordenador da Atenção Primária à Saúde

Marcelo Bacci Coimbra
Coordenador da Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES	4
1) INTRODUÇÃO	5
2) EQUIPES.....	6
3) REUNIÃO DE EQUIPE	7
4) ORGANIZAÇÃO DAS OFERTAS	9
5) ORGANIZAÇÃO DO ACESSO	10
6) CENÁRIO ATUAL	12
7) REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO	13
8) TRABALHO COM GRUPOS	16
9) CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
10) REFERÊNCIAS	18

CONSIDERAÇÕES

1. Considerando a Lei nº 4.021 de 08 de agosto de 2019, publicada no Diário oficial, que dispõe sobre o estatuto dos funcionários públicos do Município de Amparo;
2. Considerando a Carta de Direitos dos usuários dos Serviços do Sistema Único de Saúde - SUS, que dentre outros assuntos apresenta:
 - Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
 - Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
 - Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
 - Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
 - Assegurar ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.
 - Assegurar ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável.
 - Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.
3. Considerando a 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;
4. Considerando que as unidades de saúde possuem coordenações distintas;
5. Considerando que a rede Municipal SUS Amparo dispõe de diversos serviços, sendo cada um coordenado por servidores distintos;
6. Considerando que atualmente não há instituído pela Secretaria Municipal de Saúde, um manual que oriente os gestores quanto às diversas necessidades de funcionamento das unidades;
7. E, considerando a necessidade de padronização de funcionamento do acesso ao cuidado das unidades, respeitando as diferenças locais. Institui-se o **Manual de Qualificação do Acesso**, objetivando a padronização das unidades básicas de saúde, ampliação e uniformidade na Rede de Saúde Pública Municipal de Amparo, em relação à organização da demanda espontânea dos serviços desta Rede.

As orientações contidas neste manual deverão ser adotadas por todos os serviços que constituem esta Rede, devendo a gestão local executar o que estiver em sua esfera de competência, delegar o que não estiver e garantir que estas orientações sejam cumpridas.

I) INTRODUÇÃO

A Secretaria de Municipal de Saúde (SMS) do município de Amparo, no esforço de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), vem desenvolvendo diversas ações para reorganizar, qualificar, fortalecer e organizar a Rede de Atenção Primária no município.

A Atenção Primária é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, pois a Unidade Básica de Saúde (UBS) encontra-se mais próxima das pessoas, devendo ser, portanto, o local preferencial do primeiro contato, implicando acessibilidade e uso dos serviços pelos quais as pessoas buscam a cada novo problema, ou a cada episódio/fase de um problema enfrentado. O gerente da UBS é ator importantíssimo na construção e implantação do modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Amparo. Ele é o gestor da saúde em sua área de abrangência e o representante da gestão municipal mais próximo dos trabalhadores e das equipes, portanto, coordena o modelo assistencial na UBS. Seu papel envolve para além da coordenação, a articulação, o acompanhamento das ações e monitoramento da produção, bem como dos processos de trabalho da equipe.

O gestor deve se atentar, em caso de unidades que compartilham profissionais multiprofissionais entre unidades, a observância em conjunto com os demais gestores das unidades envolvidas, da proposição, pactuação, acompanhamento e monitoramento das ações dos profissionais. Os usuários que procuram as UBS devem ser acolhidos através de escuta qualificada e humanizada, propiciando resposta mais adequada possível à demanda identificada pela equipe de saúde da família (eSF) e equipe de saúde bucal (eSB).

Neste sentido, devem ser utilizados todos os recursos operacionais possíveis naquele espaço da assistência, referenciando aos demais pontos do sistema quando necessário, mantendo a vinculação, gestão e a responsabilização pelo cuidado. A atenção deve ser centrada na pessoa, cuidando das singularidades, complexidades e necessidades de saúde, das condições de vida, da dinâmica familiar e da rede social do indivíduo, valorizando o saber e a autonomia do usuário em seu cuidado. O trabalho em equipe é a diretriz para reorganização do processo de trabalho na saúde da família, que visa a abordagem mais integral e resolutiva, de acordo com a necessidade da população, pressupondo mudanças na organização, nos padrões de atuação individual e coletiva, favorecendo maior integração entre os profissionais e as ações por eles desenvolvidas, os quais devem ordenar os fluxos e contrafluxos de usuários, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de eSF e eSB:

- Acolher os usuários de forma humanizada;
- Participar da territorialização e mapeamento de sua área de atuação, realizando e mantendo atualizado o cadastro da área de abrangência;
- Fazer atendimentos e atividades no território da unidade de saúde;
- Analisar os dados relativos à população da área de abrangência para conhecimento e planejamento das ofertas de atividades individuais e coletivas em parceria com a gestão local, identificando e conhecendo grupos

populacionais prioritários no âmbito da saúde e indivíduos expostos a riscos, priorizando situações a serem acompanhadas;

- Garantir acesso da população aos serviços de saúde no âmbito da atenção primária;
- Utilizar eficientemente os recursos da saúde, responsabilizando-se pelo usuário, mesmo quando este necessitar de atenção prestada em outros pontos do sistema, mantendo a coordenação do cuidado;
- Planejar, coordenar e participar de grupos de educação em saúde e outras ações coletivas, visando à prevenção e controle de doenças e à promoção da saúde do indivíduo e da família pelo território;
- Promover ações para construção da corresponsabilidade familiar e da comunidade;
- Garantir a qualidade do registro das atividades em prontuário e nos sistemas de informação vigente no município;
- Participar das reuniões de equipe, com o intuito de promover a interlocução entre todas as categorias, a identificação de novas demandas, o planejamento do trabalho e a avaliação coletiva permanente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

2)EQUIPES

As EqSF devem ser capazes de ressaltar a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. Destaca-se ainda o desafio de cada equipe superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que

a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Primária.

A população Adscrita, a qual está presente no território da USF, deve ser estimulada ao desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

As equipes precisam fazer um exercício constante de reflexão sobre os processos internos que dificultam ou auxiliam a resolutividade dos casos, reforçando a importância da Atenção Primária ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quando necessário.

Todo e qualquer usuário que adentra a USF precisa ser inserido na lógica da longitudinalidade do cuidado independente de qual porta de acesso foi utilizada, pressupondo a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

É de extrema importância que as equipes coordenem o cuidado, elaborem, acompanhem e organizem o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

As equipes de eqSF devem estimular a participação da comunidade, a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Primária e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

3) REUNIÃO DE EQUIPE

Diante da extensão do território e da população adscrita, a USF poderá ser constituída por mais de uma equipe, a qual atenderá casos que exigem uma maior complexidade, assim como o desenvolvimento de inúmeras ações que refletem no cuidado da população atendida.

Desta forma, para Melo, Oliveira e Perseguino (2020), as reuniões de equipe são importantes dispositivos para a estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões. Desta forma, as reuniões de equipes surgem como um espaço semanal reservado para que cada eqSF em conjunto com a eqSB se reúna para discussões de casos e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), alinhar condutas, estudo de temáticas relacionadas ao trabalho e casos, identificação de necessidades para o atendimento compartilhado, interprofissional e visitas domiciliares, organização dos encontros do apoio matricial, analisar situações que estão ocorrendo no território elaboração e implementação de ações no território adscrito, além de realizar um planejamento conjunto e fomentar subsídios para tomadas de decisões mais assertivas, o que otimiza o tempo dos profissionais e possibilita desenvolver atendimentos e condutas mais eficientes e eficazes.

A reunião geral se torna um espaço mensal reservado para que as equipes possam se reunir, juntamente com os demais trabalhadores da USF para que ocorra um momento de diálogo entre os pares, discussão de planejamento semestral e anual para a unidade de saúde, indicadores, alinhamento de fluxos, discussão de pautas e diretrizes, organização de processo de trabalho, apresentação de notas técnicas e informes da gestão.

Sendo assim, a USF se organizará da forma abaixo:

- **USF com 1 eqSF:** 1 reunião semanal com a participação de toda a equipe com duração de 1h 30 min com a unidade fechada, priorizando a discussão de casos e planejamento terapêutico em 3 reuniões do mês e 1 reunião para pactuação, informes, planejamento, apresentações e fluxos (Quadro 1).

Quadro 1: Simulação de divisão de reuniões de equipe em uma unidade com apenas uma eqSF.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Semana 1		Reunião - 1h30min			
Semana 2		Reunião - 1h30min			
Semana 3		Reunião - 1h30min			
Semana 4		Reunião Geral- 1h30min			

- **USF com 2 ou mais eqSF:**
 - Cada eqSF realizará reunião semanal com duração de 1h 30 min com a unidade aberta, priorizando a discussão de casos, planejamento terapêutico, matriciamentos e afins. Desta forma, a equipe deverá organizar a agenda para que este espaço seja realizado semanalmente (Quadro 2).

- 1 reunião geral com todos os membros da unidade por 1h30min com a unidade fechada para pactuação, informes, planejamento, apresentações e fluxos. Desta forma, a unidade de saúde deverá informar a população do fechamento da unidade com 7 dias de antecedência da data escolhida (Quadro 2).

Quadro 2: Simulação de divisão de reuniões de equipe em uma unidade com duas ou mais eqSF.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Semana 1		Eq 1:Reunião - 1h30min	Eq 2:Reunião - 1h30min	Eq 3:Reunião - 1h30min	
Semana 2		Eq 1:Reunião - 1h30min	Eq 2:Reunião - 1h30min	Eq 3:Reunião - 1h30min	
Semana 3		Eq 1:Reunião - 1h30min	Eq 2:Reunião - 1h30min	Eq 3:Reunião - 1h30min	
Semana 4		Eq 1:Reunião - 1h30min	Eq 2:Reunião - 1h30min	Eq 3:Reunião - 1h30min	Reunião Geral - 1h30min

! Atenção:

- * Quando o número de EqSB é igual ao número de EqSF segue a regra ilustrada nos quadros.
- * Quando o número de EqSB é menor que o número de EqSF As eqSB devem intercalar com as EqSF, as reuniões semanais para discussão de casos e participar da reunião geral mensal.

4)ORGANIZAÇÃO DAS OFERTAS

As ofertas para atendimento aos usuários deverão ser planejadas de acordo com a necessidade da população do território. Ao conhecer os riscos de cada usuário, o profissional de saúde será capaz de adequar as ações, tanto individuais quanto compartilhadas ou coletivas, conforme as necessidades da população adscrita, além de utilizar melhor os recursos do serviço. As ofertas das equipes SF e SB, devem ser organizadas em atendimentos individuais, atendimentos compartilhados/matriciamentos e atividades coletivas, de forma a garantir ações programáticas e acolhimento à demanda espontânea.

As equipes de eSF e eSB, deverão juntamente com a gestão planejar as ofertas aos usuários, de forma que facilite o acesso dos mesmos, evitando burocratização. Dentro da organização das ofertas, os profissionais das eqSF (das equipes) deverão ter acesso à agenda dos profissionais da eqSB, para agendamento de casos que identifiquem necessidades de seguimento específico. Casos complexos, preferencialmente deverão ser discutidos em reunião de equipe. O monitoramento de usuários de grupos prioritários pode ser uma estratégia que contribui para mudanças oportunas e que facilita o estabelecimento de metas de colaboração direta com os

pacientes ao se desenvolver planos de cuidado centrado nas necessidades do paciente.

São considerados usuários de grupos prioritários:

- Gestantes
- Idosos Portadores de CCNT (HAS, DM, CA, Doenças Pulmonares, Deficiência Física, Deficiência Intelectual, Deficiências Sensoriais e Transtornos Mentais);
- Crianças menores de 5 anos;
- Vulnerabilidades sociais.

Em síntese, o acesso às equipes de saúde (SF + SB) deve ser organizado de forma a acolher tanto a demanda programática quanto a espontânea, através de ações individuais, compartilhadas e/ou coletivas.

5) ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

“Cristina, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois Vítor, seu filho de dois anos, teve febre e estava tossindo muito. Antes de ir ao trabalho do dia, Cristina levou Vítor a um pronto-atendimento (PA), demorando 25 minutos para chegar (de ônibus). Ao chegar lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Ela achava que o posto não ia atender, pois já eram 10h da manhã e Vítor não tinha consulta marcada. Ao chegar à Unidade de Saúde da Família, informando que o PA a encaminhou com o filho, disseram a ela que o acolhimento era das 8h às 10h. Raivosa, Cristina resolveu levar o filho a um pronto-socorro mais distante, perdeu o dia de trabalho, mas conseguiu atendimento”.

O exemplo acima introduz a reflexão sobre a necessidade de que organizar-se exige que a equipe de saúde reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda.

A despeito da existência de formas cientificamente fundadas de definição objetiva das necessidades de saúde e das formas de lidar com elas, é preciso entender que a ciência e os profissionais de saúde não são os únicos definidores das necessidades de saúde. Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços. Como um usuário poderia decidir o dia e hora em que ficaria gripado ou teria dor de cabeça? Seria possível prevenir todos os casos de ansiedade e dor muscular? É evidente que não. O que não quer dizer que, diante desses casos, o modo de atuar seja somente do tipo queixa-conduta. Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no

cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços.

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Como fazer isso no cotidiano dos serviços, onde muitas vezes chegam, ao mesmo tempo, várias pessoas com necessidades distintas? Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

A Estratégia Saúde da Família busca romper com paradigmas cristalizados e incorpora novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Dessa forma, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens no âmbito da atenção à saúde com potenciais para reconstrução das práticas. Nessas, o cuidado deve considerar o princípio da *integralidade* e o usuário como protagonista. Pressupõem ainda a presença ativa do outro e as interações subjetivas, ricas e dinâmicas, exigindo ampliação dos horizontes da racionalidade que orienta tecnologias e agentes das práticas.

Vejamos o exemplo abaixo retirado do caderno da atenção básica:

- Joana: Bom dia, eu queria marcar uma consulta com o Dr. Antônio.*
- Vilma: O dia de marcação pro médico é a sexta-feira, tem que chegar cedo porque são distribuídas 20 senhas.*
- Joana: Mas a minha irmã acabou de marcar uma consulta pra próxima semana.*
- Vilma: É porque ela é hipertensa e faz parte de um programa.*
- Joana: Mas eu não tô me sentindo muito bem desde ontem.*
- Vilma: Aqui é PSF, não é urgência. Você tem que ir ao PA.*
- Joana: O problema é que o PA é longe, eu tô sem dinheiro, e o Dr. Antônio é muito bom. Não dá pra fazer um encaixe não?*
- Vilma: Já falei, ou você vai ao PA ou volta na sexta-feira logo cedo. Quem é o próximo?"*

A implantação de acolhimento da demanda espontânea "pede" e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário)

encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

Em todos esses casos, fica evidente a preocupação de não burocratizar o acolhimento e o fluxo do usuário na unidade, bem como de ampliar a resolutividade e a capacidade de cuidado da equipe. Lembrando que, na atenção básica, os usuários geralmente são conhecidos ou estão próximos (por morarem perto ou serem adstritos USF) e que o efetivo trabalho em equipe (multi e transdisciplinar) produz relações solidárias e complementares entre os profissionais (enriquecendo-os individualmente e ao conjunto da equipe), gerando, assim, mais segurança e proteção para os usuários.

6) CENÁRIO ATUAL

O acolhimento à demanda espontânea utilizado no município de Amparo atualmente é conhecido como Carve-out, ou seja, um período do dia é reservado para atendimento de queixas agudas. Aqueles que buscam a unidade fora deste período não conseguem acessar o serviço de saúde naquele dia.

De acordo com os dados retirados do E-SUS referentes ao ano de 2023, podemos observar que o município registrava 67.575 pessoas cadastradas distribuídas pelo território entre as 16 unidades de Saúde da Família. Além disso, os dados do terceiro quadrimestre, sugerem um equilíbrio entre demanda programática e demanda espontânea, com uma leve tendência para o aumento dos atendimentos em demanda espontânea. Diferentemente do absenteísmo que têm aumentando substancialmente de um quadrimestre para outro (Fig.1).

Figura 1: Produção das eqSF e eqSB no ano de 2023 no município de Amparo



Tais dados nos trazem a reflexão da mudança de hábitos, rotina, costumes e vida da população. Assim como, as mudanças referentes à urbanização, modernização, emancipação da mulher e impactos nas classes sociais pós pandemia, uma vez que, muitos perderam seus empregos e com eles o acesso à saúde suplementar e desta forma, migraram para o serviço totalmente público.

O absenteísmo pode se caracterizar pelo tempo de espera pelo atendimento, o qual pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de pacientes com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. Além disso, ele é um indicador da qualidade dos serviços, pois está relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população do município.

7) REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO

Diante do exposto até aqui, estabelece-se que:

- Em relação ao tempo para atendimentos individuais:
 - 30 minutos para consultas médicas;
 - 30 minutos para consultas de enfermagem;
 - 30 - 45 minutos para atendimentos odontológicos;
 - 30 minutos para os demais profissionais de saúde;
 - Atendimentos compartilhados, estes deverão ser programados a cada 30 minutos;
 - Proteger a agenda para agendamentos de gestantes e crianças;
- Em relação ao horário para vacinação:
 - A sala de vacina deverá iniciar às 7h30 e ser encerrado com 30 minutos de antecedência para o encerramento da unidade;
- Em relação a visita domiciliar (VD):
 - A visita domiciliar deverá acontecer semanalmente pela eqSF ao seu território adscrito;
 - Estabelecendo o período da semana para realização da visita (VD) (Quadro 3);

- A visita será composta pelo ACS, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico;
 - A eqSF poderá se organizar para que a visita médica ocorra quinzenalmente;
 - A eqSB deverá realizar uma VD para novos pacientes domiciliares - Todos pacientes acamados deverão receber pelo menos 01 VD realizada pela eqSB para avaliação odontológica, onde serão analisadas as condições bucais relacionadas à cárie dental, doenças periodontais, lesões de tecidos moles e as necessidades de próteses dentárias. Nesta visita também serão realizadas orientação de higiene oral, planejamento para o tratamento curativo domiciliar (se necessário) e plano de retornos periódicos, conforme o risco de cada paciente.

Quadro 3: Simulação de divisão de visitas domiciliares por eqSF em unidades com duas ou mais eqSF.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã			VD eqSF 2		
Tarde		VD eqSF 1		VD eqSF 3	

- Em relação a pré-consulta:
 - Caberá ao profissional técnico de enfermagem da eqSF realizar a pré-consulta apenas no acolhimento de pacientes de demanda espontânea;
 - Os procedimentos realizados na pré-consulta pelo profissional técnico de enfermagem da eqSF, serão realizados pelos profissionais responsáveis pelo atendimento agendado durante as suas respectivas consultas;
- Em relação ao acolhimento de demanda espontânea:
 - O acolhimento à demanda espontânea deixa de ter o modelo Carve-out e passa para o modelo de acesso avançado misto;
 - O acolhimento passará a acontecer de 8h - 16h;
 - Nas unidades com duas equipes ou mais, uma equipe por dia ou por período ficará na retaguarda do acolhimento (Quadro 4 e 5), sendo o usuário de um território distinto do seu, após o acolhimento, ser agendado com sua equipe de referência;
 - Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a

capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. Sendo assim, as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade.

Quadro 4: Simulação de divisão de eqSF para realizar o acolhimento em unidades com duas ou mais eqSF.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Eq 1	Eq 2	Eq 3	Eq 1	Eq 3
Tarde	Eq 1	Eq 2	Eq 3	Eq 2	Eq 1

Quadro 5: Simulação de divisão de eqSF para realizar o acolhimento em unidades com duas ou mais eqSF.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Eq 1	Eq 2	Eq 1	Eq 2	Eq 1
Tarde	Eq 2	Eq 1	Eq 2	Eq 1	Eq 2

- A divisão dos trabalhos por categorias profissionais ficará da seguinte forma:

■ **Caberá ao técnico de enfermagem/ técnico em agente comunitário de saúde/ agente de saúde bucal:**

1. Realizar a escuta do motivo da procura pelo serviço; 2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação; 3. Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder às necessidades humanas básicas afetadas e ofertar as possibilidades existentes na unidade de saúde; 4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

■ **c) Caberá ao enfermeiro:**

1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem; 2. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder às prescrições referentes ao escopo da enfermagem, os encaminhamentos necessários;

■ **d) Caberá ao médico e ao dentista:**

1. Atender os pacientes encaminhados para consulta médica ou odontológica em seu período de trabalho. 2.

Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

- Os pacientes atendidos no acolhimento e encaminhados pela APS para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), deverão estar de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, protocolo Manchester e Política Nacional de Humanização:

Situação aguda ou crônica agudizada	Equipamento de Saúde
Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Manter vias aéreas, oxigenoterapia, epinefrina, acesso venoso periférico e posição de Trendelenburg (se sinais de choque). Acionar serviço móvel de urgência. Considerar outras medidas a depender do diagnóstico específico. Retorno breve após alta.	Acolhimento da Atenção primária à Saúde → Rede de urgência e emergência
Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) e atendimento pelo médico para iniciar o tratamento de causas específicas. Avaliar a necessidade de referenciar a um serviço de urgência. Retorno breve para a reavaliação do quadro.	Acolhimento da Atenção Primária à Saúde e se necessário → Rede de urgência e emergência
Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. Paciente deve ser avaliado pela equipe de enfermagem (seguir protocolos) seguido de orientação e, se necessário, atendimento médico.	Acolhimento da Atenção Primária à Saúde
Intervenção programada não é urgente: Avaliação inicial da enfermagem e orientações (de acordo com protocolos). Observar as necessidades de agendamento de consulta médica para avaliação do quadro. Atentar para situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção. Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.	Acolhimento da Atenção Primária à Saúde

- Em relação ao atendimento de Hipertensos e Diabéticos:
 - Priorizar o encaminhamento dos pacientes que possuem critérios para acompanhamento no grupo Hiperdia;
 - O Hiperdia deve ser realizado pelos profissionais da atenção básica, por meio de encontros semanais, quinzenais ou mensais, para os indivíduos participarem das atividades e buscarem as medicações prescritas;
 - Cada eqSF deve organizar o seu hiperdia semanalmente;
 - O hiperdia deverá ser composto pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.

8) TRABALHO COM GRUPOS

As práticas grupais constituem importante recurso no cuidado aos usuários da Atenção Primária. É possível identificar diversas modalidades de grupos, tais como:

- grupos abertos de acolhimento;

- grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade, diabetes);
- oficinas temáticas (geração de renda, artesanato);
- grupos de medicação;
- grupos terapêuticos entre outros.

O trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de dar conta da demanda, mas sim como tendo características que propiciam acompanhamento clínico, socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. A principal função de muitos desses grupos situa-se na questão da educação em saúde e/ou educação popular em saúde, sendo seus objetivos o empoderamento, o desenvolvimento da autonomia, a participação e a corresponsabilização dos pacientes. Assim sendo, podemos dizer que as práticas grupais de educação em saúde na Atenção Primária são excelentes espaços e oportunidades de promoção à saúde.

O vínculo, o acolhimento, a escuta, o apoio, o suporte e o espaço de reflexão que existem nesses grupos promovem saúde, fortalecendo os sujeitos e prevenindo o adoecimento. Diversos exemplos de grupos são feitos nessa lógica de empoderamento e de participação, como grupos de suporte e de apoio, promovendo novos hábitos, atividades, modificando estilos de vida e relações interpessoais, sendo especialmente eficazes em termos de promoção e de prevenção. Entre essas atividades, destacam-se:

- Círculos de Cultura: tem sido utilizado com o objetivo de transformar o local e a realidade dos usuários, por ser um espaço horizontal e dinâmico, que proporciona a abertura de um cuidado criativo e crítico, permitindo que o protagonismo dos sujeitos seja evidenciado, assim como a sua autonomia e emancipação, através da reflexão com os pares acerca de suas experiências prévias e histórias de vida. Os círculos de cultura podem ser utilizados como espaços de promoção e prevenção de saúde, gestão participativa, formação de profissionais de saúde, grupo de gestantes, adolescentes, educação sexual etc.

- Terapia Comunitária: oferece espaço e suporte para que as pessoas possam dividir suas dores e sofrimentos. Podendo ser liderada por qualquer pessoa da equipe que tenha a formação adequada, constitui-se em importante ferramenta de promoção e prevenção em termos de saúde mental. Apesar disso, não se propõe a ser espaço terapêutico de transtornos mentais específicos, sendo mais um momento de fortalecimento, apoio, reestruturação e socialização para muitos usuários.

- Grupos de convivência: tradicionalmente utilizados no cuidado e no apoio, sobretudo aos usuários da terceira idade, têm demonstrado efeito positivo em termos de melhora do estado emocional, remissão de quadros depressivos, socialização e redução da solidão. Os trabalhos manuais costumam ser parte importante da rotina desses grupos, assim como atividades sociais como passeios e festas. Nos contextos de isolamento produzidos pelo aumento da violência urbana, pelas limitações e fragilidades da velhice, esses grupos têm se mostrado muito potentes para ressignificar as escolhas de vida desse grupo etário.

- Grupos de mulheres: estruturam-se como grupos de apoio e suporte, possibilitando espaços de acolhida e escuta, promovendo reflexão e reforço da

autoestima e fortalecendo o vínculo com a equipe. Contribuem para a redução da busca espontânea da unidade por pacientes com queixas físicas sem explicação médica. Costumam ser grupos abertos, sem temas definidos, onde normalmente os problemas, tensões e dificuldades do dia a dia são discutidos. Neles, podem se aprimorar e trocar estratégias para lidar em melhores condições com as discriminações de gênero, a problemática da violência doméstica e as ansiedades oriundas das mudanças de ciclo vital (menopausa, crescimento dos filhos, aposentadoria entre outros).

- Grupos de Odonto Bebê: A Odonto bebê é realizada coletivamente (grupos trimestrais) nas USF e creches - Ações educativas e preventivas (escovação, aplicação de Flúor etc).

9) CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes procedimentos poderão ser objeto de revisão a qualquer tempo

10) REFERÊNCIAS

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO. Constituição (2019). Lei nº 4.021, de 05 de agosto de 2019. **Dispõe sobre o Plano de Empregos Públicos, Salários e Carreiras dos Servidores Públicos Municipais da Administração Direta do Município de Amparo, Institui Nova Tabela de Salários e Dá Outras Providências..** AMPARO, SP, 08 ago. 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde.** – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 28 p.
3. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011
5. Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004
6. Ayres JRCM. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** In: Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 91-108.
7. **Processo de trabalho em saúde /** Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. – 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009.
8. SANTANA, J. P. (Org.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família.** Colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON- Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/ Representação do Brasil, 2000. 80p.

9. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
10. CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; LEMAY, A. & PREKER, A., 1990. **The evolution of health care performance in Canada, the U.S. and other OECD countries: a comparative analysis of productivity, effectiveness and efficiency.** Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, 18:1-17
11. Mendoza-Sassi R, Béria JU. **Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados.** Cad Saude Publica. 2001;17(4):819-32.
12. Larizgoitia I, Starfield B. **Reform of primary health care: the case of Spain.** Health Policy, v. 41, n. 2, p. 121-137, 1997.
13. Farias CML, Giovanella L, Oliveira AE, Santos Neto ET. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 190-204, DEZ 2019
14. scielo.br/j/tes/a/Mh5ZTwScWpNYt4QnsZGqpgB/?format=pdf&lang=pt
15. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa Reception in Primary Health Care: an integrative review

