

PLANO DIRETOR DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

MANUAL DE APOIO PARA USO DE FACILITADORES

Coordenação

Carmen Cecília de Campos Lavras

Campinas – SP

2018



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Reitor	Pró-Reitor de Pós-Graduação
Marcelo Knobel	André Tosi Furtado
Coordenador Geral	Pró-Reitor de Pesquisa
Teresa Dib Zambon Atvars	Munir Salomão Skaf
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário	Pró-Reitor de Extensão e Cultura
Marisa Masumi Beppu	Fernando Augusto de Almeida Hashimoto
Pró-Reitor de Graduação	Chefe do Gabinete do Reitor
Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral	Joaquim Murray Bustorff Silva

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP/UNICAMP

Coordenador

Carlos Raul Etulain

EQUIPE PESS RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO MANUAL

Coordenação

Carmen Cecília de Campos Lavras

Equipe Responsável /Autores

Carmen Cecília de Campos Lavras

Domenico Feliciello

Juliana Pasti Villalba

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Maria Teresa Pinto Moreira Porto

Colaboradores

Giulia Picchi

Maria do Carmo Ferreira

Selma Loch

Tisuko Rinaldi

LISTA DE COLABORADORES DAS VERSÕES PRELIMINARES ANTERIORES

Carmen C. de C. Lavras

Carolina W. Menuzzo

Cláudia Elaine Pizzi

Domenico Feliciello

Eric F. Kanae Passone

Érica Aparecida Setten Pedronetti

Fabiane Ferreira Couto

Fátima Filomena M. Christóforo

Flávia Mambrini Furtado

Karen Sarmento Costa

Lígia M. de Almeida Bestetti

Maria Cristina Restitutti

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Maria Regina Marques de Almeida

Maria Teresa Pinto Moreira Porto

Neil Boaretti

Rosse M. Llaveria Lafulla

Suely Bonilha Esteves

Ficha Catalográfica elaborada por Maria do Carmo de Oliveira
CRB/8 4623

Plano Diretor de Unidade Básica de Saúde:Manual de apoio para uso de facilitadores/ Carmen Cecilia de Campos Lavras (Coordenação); Autores Carmen Cecilia de Campos Lavras Silva... [et al.] – Campinas, SP.: UNICAMP/ NEPP, 2018.

51p.

ISBN: 978-85-65275-03-3

1.Unidade Básica de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Serviços Básicos de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I.Título. II. Lavras, Carmen Cecilia de Campos (Coord.)

CDD 614

APRESENTAÇÃO

Em primeiro lugar é necessário elucidar que esse Manual de Apoio foi produzido a “muitas mãos” e durante longo período de tempo.

Sua versão preliminar data de 2010, no momento em que se buscava coletivamente, a implantação de Linhas de Cuidado (LC) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios que compõe a Região Metropolitana de Campinas. Naquele momento, o Manual, orientou a implantação da LC da Gestante e da Puérpera em unidades selecionadas como piloto, em cada um dos 20 municípios.

Após essa primeira utilização, passou a ser entendido como um instrumento de gestão que favorece a melhoria de processos de trabalho nas UBS e, desde então, foi passando por várias modificações visando seu aprimoramento sem, contudo, perder suas características originais. Os nomes dos colaboradores dessa primeira versão são elencados anexo.

O Manual, deve ser visto, assim, como mais um instrumento na “caixa de ferramentas” de gestão no âmbito local, especificamente, junto as UBS do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como um instrumento de trabalho de profissionais capacitados para apoiar a formulação, o acompanhamento e a avaliação do Plano Diretor dessas UBS como facilitadores.

Acreditando que ele possa ser útil na perspectiva de Fortalecimento e Inovação da Atenção Básica (AB), resolvemos colocá-lo a público sem esquecer, no entanto, que sua utilização deve sempre ser precedida por um processo específico de capacitação desses facilitadores. Durante a capacitação, serão ofertados os instrumentos a serem utilizados pelo facilitador, em cada momento de seu trabalho na condução do processo de formulação do Plano Diretor das UBS.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LC	Linha de Cuidado
OMS	Organização Mundial de Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VS	Vigilância em Saúde

Sumário

I.	INTRODUÇÃO	9
II.	METODOLOGIA	13
III.	ENCONTROS PROPOSTOS.....	15
	1º ENCONTRO – APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO, E DEFINIÇÃO DE AGENDA	15
	3º ENCONTRO – ANÁLISE DE INFRAESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE RECURSOS HUMANOS DA UBS.....	20
	4º ENCONTRO – PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
	5º ENCONTRO – ACOLHIMENTO: RECEPÇÃO PRÓ ATIVA, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SÓCIO SANITÁRIO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO	24
	6º ENCONTRO - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.....	28
	7º ENCONTRO - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	31
	8º ENCONTRO – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	33
	9º ENCONTRO – GESTÃO DO CUIDADO NA UBS	37
	10º ENCONTRO – APOIO LOGÍSTICO E APOIO OPERACIONAL DA UBS	42
	11º ENCONTRO - GERENCIAMENTO DA UBS: ARTICULAÇÃO SISTEMICA E ADMINISTRAÇÃO GLOBAL.....	45
	12º ENCONTRO – PLANO DIRETOR DA UBS.....	47
IV.	REFERÊNCIAS.....	50

I. INTRODUÇÃO

A concepção deste Manual de Apoio está fundamentada no entendimento de que somente uma Atenção Primária à Saúde (APS) bem estruturada consegue ordenar uma Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) e garantir a oferta de cuidados em saúde qualificados, na medida em que: se constitua na principal porta de entrada do sistema; ofereça ações de saúde de caráter individual e coletivo na perspectiva de uma abordagem integral do processo saúde doença; organize o processo de trabalho de equipes multiprofissionais de forma integrada; e, como coordenadora do cuidado, se responsabilize pela atenção à saúde de seus usuários independente da unidade funcional do sistema onde ele possa estar sendo atendido. Como ordenadora da rede, deve garantir o acesso e ordenar o fluxo de pacientes a qualquer dessas unidades em função das necessidades apresentadas.

A APS deve abordar os problemas mais comuns da população sob sua responsabilidade, orientar a utilização dos recursos básicos e especializados no setor saúde e, contribuir com o desenvolvimento de iniciativas de caráter intersetorial, voltadas a promoção e melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A publicação desse Manual de Apoio respeita os avanços alcançados na AB no Brasil, em particular os relacionados à ampliação de cobertura, com unidades e/ou equipes presentes em, praticamente, todo o território nacional; a priorização que vem sendo dada a utilização da Estratégia de Saúde da Família (ESF); e, no seu processo de consolidação, o respeito aos atributos essenciais da APS quais sejam: a coordenação, o acesso, a longitudinalidade e a integralidade.

Nessa perspectiva, considera -se que a consolidação da AB no SUS, está a exigir um conjunto de medidas no âmbito específico da gestão da AB, quais sejam:

- Financiamento adequado da AB
- Ampliação e consolidação da ESF
- Melhoria contínua de infraestrutura física e tecnológica das UBS
- Informatização do SUS e, especificamente, da AB
- Utilização de mecanismos de incentivo a qualificação de UBS
- Desenvolvimento de sistema de regulação de acesso a partir da AB
- Organização de sistema de apoio institucional a AB a partir dos serviços de Atenção Especializada e das Instituições de Ensino Técnico e Superior existentes na região.
- Flexibilização das formas de contratação de profissionais com o necessário fortalecimento da gestão pública

- Estabelecimento de planos desenvolvimento profissionais adequados
- Estímulo a iniciativas voltadas a formação de profissionais para AB
- Organização de “Sistema de Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS” com prioridade para os profissionais da AB

Além dessas medidas, entende-se como de fundamental importância nesse momento, o incentivo, no âmbito das UBS, ao desenvolvimento de um conjunto de iniciativas por considerá-las prioritárias para a qualificação do cuidado ofertado na AB do SUS. São elas:

- **Aperfeiçoamento do processo de adscrição de clientela** de forma que não se restrinja apenas à relação do usuário com o território enquanto local de moradia ou de trabalho, mas identifique aqueles efetivamente inscritos na UBS.
- **Definição e publicização de Carteira de Serviços** de cada UBS, construída respeitando as necessidades de saúde da população adscrita e os recursos assistenciais existentes.
- **Ampliação das formas de acesso:** acesso avançado; horário estendido; acesso não presencial; e, utilização de ferramentas digitais para comunicação.
- **Melhoria dos processos de Integração Vigilância em Saúde (VS) – AB** respeitando as atividades próprias de qualquer UBS e as compartilhadas com os serviços de VS.
- **Aprimoramento das formas de controle social** com valorização da percepção do usuário sobre cuidado ofertado pelo serviço.
- **Ampliação da utilização de tecnologias de micro gestão do cuidado** nas UBS.
- **Melhor definição e ampliação do escopo de atuação clínica dos vários profissionais que compõe as equipes de AB**, independentemente, da modalidade adotada, respeitando evidências científicas; considerando o potencial de atuação de cada categoria profissional; entendendo a complementariedade entre elas; e, estimulando sua integração.

Assim, a metodologia aqui proposta valoriza a atuação da AB na coordenação do cuidado e no ordenamento da RRAS no SUS e, tem como **foco de intervenção as Unidades Básicas de Saúde.**

As UBS, aqui entendidas como unidades operacionais do SUS em âmbito municipal, como uma unidade funcional de uma RRAS do SUS ou ainda, como uma unidade de produção do cuidado em saúde, devem ser vistas, independentemente da

variedade de perfis em que se apresentem, como organizações complexas que exigem, para seu pleno funcionamento, **infraestrutura** (física, tecnológica e de recursos humanos) adequada e **processos** bem organizados. Essa complexidade se explicita não só pela responsabilidade ímpar relacionada à oferta de cuidados em saúde, mas, sobretudo, pelo que isso significa em termos de diversidade das atividades aí desenvolvidas e do necessário envolvimento de profissionais de diferentes formações, para o pleno cumprimento de suas atribuições.

Essa gama variada de atividades próprias de uma UBS, em qualquer que seja a modalidade de AB adotada, possibilita os mais variados arranjos para o seu pleno desenvolvimento. No entanto, mesmo respeitando esse fato, é preciso salientar que, independentemente desses arranjos, e da análise de adequação da infraestrutura, faz-se necessário sempre identificar a existência e analisar o desenvolvimento de cada um dos macroprocessos e dos processos, inerentes a uma UBS e que aqui são apresentados de forma sucinta, em função de sua natureza. São aqui considerados **macroprocessos** de uma UBS os seguintes: **promoção da saúde, acolhimento, acompanhamento clínico, apoio diagnóstico e terapêutico, vigilância em saúde, apoio operacional, apoio logístico e, gerenciais.**

A cada um desses macroprocessos, cujas principais características são apresentadas a seguir, corresponde um conjunto de processos que por sua vez, se desdobram, posteriormente, em atividades.

- 1. Promoção da Saúde:** participação em iniciativas intersetoriais voltadas ao desenvolvimento social e a melhoria da qualidade de vida da população no território. Processos de educação em saúde junto à comunidade.
- 2. Assistenciais:** recepção do usuário com estratificação de risco social e classificação de risco clínico; processos clínicos e de oferta de procedimentos técnicos específicos; processos educativos voltados a prevenção, tratamento e/ou reabilitação.
- 3. Apoio Diagnóstico e Terapêutico:** processos realizados na UBS, relacionados à coleta e/ou realização de provas diagnósticas (análises clínicas, métodos gráficos ou diagnósticos por imagem) e dispensação de medicamentos.
- 4. Vigilância em Saúde:** processos relacionados a vigilância de riscos e/ou agravos no território sob responsabilidade exclusiva da UBS ou compartilhada com equipe de VS. (**Atribuições Próprias:** vacinação, investigação e monitoramento de casos e, busca ativa. **Atribuições Compartilhadas com VS:** identificação e mapeamento e comunicação de riscos e/ou agravos no território; mapeamento de vulnerabilidade e iniciativas

voltadas a sua redução; obtenção, análise e difusão de dados epidemiológicos e sanitários.)

5. **Apoio Logístico:** processos relacionados ao transporte sanitário; comunicação e registro eletrônico; e, regulação de acesso
6. **Apoio Operacional:** compreende um conjunto de processos relacionados à: manutenção predial; limpeza; segurança; e armazenamento de medicamentos, insumos e materiais.
7. **Gerenciais** envolvendo um conjunto de processos relacionados a **articulação sistêmica** (participação no conselho local de saúde, articulação com outras unidades de saúde e/ ou com outros níveis gerenciais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), articulação com outras instituições existentes no território, representação institucional); ao **administração global da unidade** (planejamento e administração da unidade, administração dos trabalhadores, informação em saúde, comunicação social em saúde) e, a **micro gestão do cuidado** (planejamento e apoio ao desenvolvimento de atividades relacionadas a utilização de: modalidades diferenciadas de atendimento, modalidades de trabalho compartilhado; documentos de referência para as práticas profissionais, atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde, instrumentos utilizados na relação direta entre profissionais-usuários)

Com esse entendimento, pode-se reafirmar que qualquer que seja o perfil adotado por uma UBS, espera-se que ela desenvolva, em distintos formatos, atividades diretamente relacionadas à oferta do cuidado em saúde, como desdobramentos dos macroprocessos e processos apontados.

II. METODOLOGIA

Cabe comentar que a metodologia aqui apresentada está alicerçada numa proposta pedagógica que possibilita maior compromisso e participação efetiva por parte dos profissionais envolvidos diretamente na oferta do cuidado em saúde, fundamentada na perspectiva histórico - crítica de educação, que considera o trabalho como princípio educativo e a problematização como eixo de intervenção.

Está alicerçada também, na utilização de métodos e instrumentos formulados no campo do planejamento em saúde. Finalmente, deve ser ressaltado que se buscou definir uma metodologia de fácil assimilação pelas equipes e profissionais envolvidos e que possibilite sua ampla utilização, pelas inúmeras e diversificadas UBS existentes no SUS.

Assim, esse instrumento pensado para **ser utilizado por facilitadores**, tem como objetivo apoiar a qualificação do cuidado ofertado em cada UBS para usuários do sistema, buscando propiciar:

- A compreensão da AB como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde;
- O reconhecimento da importância do papel dos profissionais da saúde perante a comunidade;
- O fortalecimento e a integração das equipes das unidades de saúde;
- A identificação de necessidades de melhoria na infraestrutura física, tecnológica e de Recursos Humanos das UBS e o estímulo ao aprimoramento dos processos de trabalho, diretamente relacionados a oferta do cuidado aos usuários estimulando, também, a incorporação de novas tecnologias de micro gestão do cuidado;
- A formulação de um Plano Diretor da Unidade diretamente relacionado à melhoria da oferta e qualificação permanente de cuidados.

A utilização desse Manual pressupõe como já citado, a capacitação de facilitadores que se responsabilizarão, inicialmente, em conduzir o processo de formulação do Plano Diretor com a equipe da UBS, está previsto para ser realizado em 12 encontros presenciais entre facilitador e profissionais da equipe (momentos de concentração), com intervalo mínimo de 15 dias durante os quais, a equipe da UBS se responsabilizará pela realização de um conjunto de atividades previamente definidas (momentos de dispersão)

O facilitador que irá conduzir o trabalho utilizando o Manual deve respeitar as seguintes orientações:

1. Como facilitador, deve estar, previamente, preparado para conduzir o processo de formulação e apoio a implantação do Plano Diretor da UBS de forma participativa e, nesse sentido, ter pleno domínio e conhecimento dos recursos propostos nesse Manual de Apoio.
2. Sugere-se que esse processo seja estruturado para ser desenvolvido em doze encontros sequenciais, em aproximadamente, seis meses, com momentos de concentração (quatro horas/período a cada quinze dias) e dispersão (atividades para serem feitas fora dos encontros e discutidas no próximo momento de concentração). As atividades de dispersão serão sintetizadas na primeira hora do encontro seguinte, a partir do 3º encontro, indicando as ações que deverão compor o Plano Diretor as UBS.
3. A sequência dos encontros não deve ser alterada. No primeiro encontro serão acordadas as datas dos encontros seguintes, que devem ser respeitadas para o bom andamento de todo o trabalho.
4. A equipe da UBS deve se responsabilizar pelo desenvolvimento das atividades programadas durante o período de dispersão, no qual já se prevê a melhoria de alguns processos e a formulação de outras iniciativas voltadas à organização e/ou melhoria daqueles que necessitem de mais tempo ou de condições específicas. Para sustentar as atividades de dispersão, são apresentados instrumentos próprios que deverão ser entregues aos participantes em cada Encontro.
5. A preparação da ambiência para os encontros deve considerar as seguintes condições: sala com mobiliário que não separe espacialmente as pessoas e que esteja em condições adequadas para trabalhos em grupo; ambiente em que as interrupções sejam inexistentes ou pouco frequentes; e, os materiais a serem utilizados devem estar, previamente dispostos e organizados pelo facilitador (material impresso, computador, apresentações, etc.).

Os instrumentos preparados para serem utilizados e entregues a equipe da UBS em cada um dos encontros presenciais previstos, compõe o anexo desse Manual e serão distribuídos durante o processo de capacitação dos facilitadores. Foi feita essa opção, visando possibilitar a atualização periódica dos mesmos.

III. ENCONTROS PROPOSTOS

1º ENCONTRO – APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO, E DEFINIÇÃO DE AGENDA

Ao iniciarmos um processo que propõe a realização de mudanças em ações humanas visando qualificar o produto destas ações, no caso, a oferta do cuidado em saúde, torna-se necessário construir um campo social que retire de antemão qualquer ameaça ao trabalho já produzido e que, sobretudo, provoque positivamente a equipe a realizar as mudanças ampliando e complementando o já produzido.

A compreensão clara do que está sendo proposto e de onde se pretende chegar é uma boa forma de iniciar o processo de mudança.

A aproximação e o conhecimento da equipe quanto aos objetivos do trabalho a ser desenvolvido na perspectiva de formular um plano de melhoria da unidade são condições essenciais para o início do trabalho.

A explicitação dos objetivos e da metodologia de trabalho adotada podem ser realizados pelo facilitador de modo resumido e devem propiciar discussões e esclarecimentos iniciais.

Propomos ainda que sejam utilizadas técnicas de sensibilização da equipe para esta nova jornada.

A sensibilização significa a utilização de recursos e técnicas que toquem, emocionem e predisponham as pessoas para viver um determinado fenômeno. Deve ser realizada por uma abordagem direta ou indireta de todos os integrantes de uma equipe multiprofissional, verificando junto aos mesmos quais são seus conceitos e pontos de vista acerca de determinado objeto, buscando a participação de todos. As técnicas de sensibilização têm como objetivo a transmissão de informação e sua assimilação, proporcionando uma oportunidade de elencar conceitos e agregar aqueles mais produtivos.

As ações de sensibilização constituem-se em ferramenta importante para se fomentar uma mudança de atitudes e, apesar de por si só não levarem a mudanças permanentes, são um passo importante para a conscientização dos profissionais dos problemas a serem enfrentados. Mudanças não ocorrem por imposição ou decreto, mas pela crença das pessoas de que é possível melhorar. Assim, é preciso mobilizar as vontades com informação de novas possibilidades de ação que favoreçam a mudança.

Objetivos

- Propiciar conhecimento do trabalho a ser desenvolvido
- Incentivar os profissionais da equipe a refletirem e avaliarem o cuidado ofertado na unidade
- Estimular a apresentação de expectativas de melhorias e mudanças
- Fortalecer a adesão à proposta

Atividades Propostas

1. Apresentação dos participantes

2. Identificação da atenção ofertada no SUS da região e na UBS em particular

Como atividade inicial deve favorecer a aproximação das pessoas, motivando-as ao trabalho. Deve-se propiciar um momento de descontração no grupo e a aproximação entre os participantes, incentivando o diálogo sobre o assunto escolhido e, a reflexão sobre questões relacionadas à AB e sobre a importância do trabalho integrado e articulado nas equipes de saúde.

Para este momento, sugere-se a utilização de dinâmicas que busquem retratar a realidade da organização e o cuidado ofertado, favorecendo uma análise crítica a respeito dos mesmos.

3. Leitura e discussão de texto ou apresentação e discussão

No momento subsequente, recomenda-se leitura e discussão de textos e/ou apresentação de conteúdos que auxiliem a sistematização do papel da AB no SUS e a complexidade da organização do trabalho na UBS.

4. Definição da agenda de trabalho

Ao final desse encontro, deve-se definir e pactuar a agenda de trabalho referente a formulação do Plano Diretor da UBS.

2º ENCONTRO – ADSCRIÇÃO DE CLIENTELA, IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO E ANÁLISE DA DEMANDA ESTIMADA E ATENDIDA NA UBS

A **adscrição de clientela**, aqui entendida como **processo de identificação e registro da população na UBS**, pode ser realizada mediante diferentes critérios. No SUS, a territorialização já é historicamente reconhecida e consolidada como a mais potente forma de adscrição já que possibilita a apropriação do território pelos profissionais de saúde da UBS e reconhece toda a população ali existente como usuária do serviço. No entanto, deve-se ressaltar que **outras formas de adscrever a clientela**, podem ser utilizadas de modo complementar a territorialização, buscando não se restringir apenas a relação do usuário com o território enquanto local de moradia ou trabalho, mas identificando aqueles que, efetivamente, utilizam a unidade.

Através da adscrição de clientela é possível estabelecer as reais necessidades de saúde de uma população segundo seus riscos característicos, implementar, monitorar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e prover o cuidado para os cidadãos no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências.

Já a **apropriação do território** pela UBS coloca-se como pré-requisito para a organização da oferta do cuidado em saúde, independentemente da modalidade de AB adotada, possibilitando a identificação de necessidades de saúde, recursos existentes e de problemas a serem enfrentados. As ações da UBS devem ser programadas a partir de sua base territorial, organizando-a em relação aos outros pontos de atenção da rede de saúde.

A partir da demarcação de territórios, as estratégias de organização da Atenção Básica passam a traduzir no planejamento e execução de ações articuladas de proteção, promoção e recuperação da saúde, bem como prevenindo riscos, agravos e reduzindo vulnerabilidades, intervindo positivamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde, para a atuação das equipes de saúde. .

É relativamente recente o aumento do interesse pelo território da saúde. A **territorialização** vem sendo aplicada em diversas iniciativas do sistema de saúde brasileiro, materializada através do desenho de novas configurações espaciais loco regionais que possam alavancar mudanças no modelo assistencial e nas práticas sanitárias. Coloca-se como estratégia primordial para a consolidação do SUS; na AB, na Vigilância em Saúde, na conformação das RAS, entre outros, para ampliar a cobertura, garantir a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e o enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde. Particularmente, na Atenção Básica e em especial na ESF, mais do que um simples espaço geográfico delimitado,

onde partes do sistema de saúde são operados, a territorialização é estratégia central das práticas sanitárias locais e a interação da população de cada território com seu serviço local de referência é um pressuposto básico.

Assim, podemos afirmar que a **adscrição de clientela** não tem o mesmo significado na acepção da palavra **territorialização**. Adscriver usuários/pacientes pode ser feita a partir da definição de território, e conseqüentemente com a população que ali vive, mas também pode ser estabelecida a partir de outros arranjos, conforme vulnerabilidades, risco e dinâmica comunitária, ou busca pelo serviço, de acordo com as especificidades de cada local.

Isto posto, as atividades propostas neste encontro procuram, inicialmente, motivar os participantes a refletirem a respeito dos processos de adscrição de clientela utilizados por uma UBS para em seguida, propor que cada um seja orientado para analisar como se dá o processo de adscrição de clientela em sua unidade, particularmente, a territorialização e, para coletar e analisar dados referentes à demanda estimada e atendida na UBS.

Objetivos

- Discutir as concepções de “adscrição de clientela”, “apropriação de território” e “territorialização
- Identificar como se dá o processo de adscrição de clientela na UBS
- Caracterizar o processo de territorialização utilizado.
- Realizar análise a respeito da demanda estimada e atendida na UB

Atividades Propostas

1. **Leitura e discussão de textos** que abordem aspectos relacionados a adscrição de clientela com ênfase na territorialização e, se possível, em outras formas de adscrição, a partir de questões disparadoras

2. Orientações para as atividades de dispersão

2.1. Propõe-se a apresentação de instrumentos a serem utilizados no período de dispersão, que possibilitem o levantamento de dados e informações selecionadas, para realização de análise crítica do processo de adscrição de clientela e de territorialização desenvolvido na UBS e, de definições de propostas para seu aprimoramento.

2.2. Propõe-se a apresentação de instrumentos previamente construídos, que propiciem o levantamento das demandas esperadas e efetivamente atendidas na UBS, o que irá contribuir com a definição da infraestrutura necessária para a oferta de uma atenção qualificada.

3º ENCONTRO – ANÁLISE DE INFRAESTRUTURA FÍSICA, TECNOLÓGICA E DE RECURSOS HUMANOS DA UBS

A UBS deve ser a porta preferencial de entrada para o sistema de saúde, sendo considerada um local de atenção que deve garantir acesso e responsabilizar-se pela oferta de cuidado aos cidadãos de seu território. O trabalho aí desenvolvido se apresenta de forma bastante diversificada, assim como as próprias UBS podem se apresentar com distintas configurações.

Para o desenvolvimento desse trabalho na perspectiva de oferta de um cuidado em saúde qualificado, faz-se necessária uma infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos adequada.

Objetivos

- Analisar a adequação da infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos da UBS para o atendimento às demandas da população adscrita.
- Apontar eventuais ajustes necessários para melhoria da Infraestrutura da UBS nos aspectos considerados

Atividades Propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Discussão sobre as condições gerais da UBS no que diz respeito à infraestrutura física, tecnológica e de profissionais para atendimento da população local.**
- 3. Orientações para as atividades de dispersão**

Apresentação dos instrumentos a serem utilizados no período de dispersão visando a avaliação a partir das atividades desenvolvidas na UBS para a população adscrita no que se refere a:

 - Quantitativo e adequação do espaço físico, mobiliário e ambiência;
 - Recursos tecnológicos voltados a clínica e apoio diagnóstico
 - Recursos tecnológicos de comunicação; e,
 - Quantitativo de profissionais por categoria.

4º ENCONTRO – PROMOÇÃO DA SAÚDE

O cuidado no âmbito do SUS pressupõe uma abordagem integral do processo saúde-doença incorporando o desenvolvimento de práticas e atividades voltadas a: promoção e proteção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e cuidados paliativos.

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como o processo que possibilita as pessoas aumentarem seu controle sobre os determinantes da saúde¹e através disto melhorar sua saúde, sendo a participação das mesmas, essencial para sustentar essas ações. A promoção da saúde representa, além disso, um processo social e político: não somente incluindo ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva, ou seja, se baseia em uma combinação de ações realizadas por pessoas, comunidades e governos com o objetivo de atingir ao máximo os estilos e condições de vida que influenciam no estado de saúde e na qualidade de vida.

A promoção da saúde refere-se a conceitos e práticas associadas à busca de qualidade de vida para as pessoas e comunidades, devendo ser alvo da ação de estados, sociedade organizada, comunidades e pessoas. Pressupõe uma busca por melhores condições de vida e saúde (produção de saúde) o que necessariamente remete a acesso a bens e serviços não apenas do setor saúde, mas de outros setores sociais, daí coloca-se a questão da **intersetorialidade**. Para a promoção da saúde utiliza-se dos conhecimentos de vários campos do saber.

Cabe ao setor público de saúde participar da elaboração de políticas de promoção da saúde intersetoriais buscando identificar os potenciais existentes no estado e na sociedade para melhorar a qualidade de vida das populações em suas necessidades. As ações neste campo podem ser desenvolvidas por profissionais de setores diferenciados e pela própria comunidade.

Uma das estratégias para melhorar a qualidade de vida das populações é a educação em saúde que pode ser definida como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde

¹Fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

A OMS pontua que os objetivos da educação em saúde são “desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertencam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva”. Estas assertivas fazem da educação em saúde um dos mais importantes elos entre os desejos e expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes.

A OMS estabelece que o desenvolvimento de práticas e atividades de promoção da saúde deve se dar respeitando cinco eixos:

- desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis;
- o incremento do poder técnico e político das comunidades (empoderamento);
- o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida;
- a reorientação dos serviços de saúde; e,
- a criação de ambientes favoráveis à saúde.

Esse grupo de conceitos baseia-se no entendimento de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo:

(...) um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. (BUSS, 2003.p.23).

Um ponto crucial a ser abordado é a necessidade da diferenciação entre os conceitos de promoção e prevenção por serem estratégias de intervenção diferenciadas no processo saúde-doença e que muitas vezes são utilizados simultaneamente como se fossem sinônimos, ocasionando confusões até mesmo entre os profissionais de saúde. A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está centrada sobre o conceito de saúde. Na prevenção a saúde é vista simplesmente como a ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando desta maneira em um modelo participativo de saúde em oposição ao modelo médico de intervenção.

Desta forma, podemos resumir que o conceito de prevenção está associado a um modo antecipatório de evitar um mal, com enfoque na detecção e controle de doenças enquanto que a promoção se relaciona a produção de saúde com ênfase nas potências ambientais, sociais e individuais.

Para a prevenção utiliza-se dos conhecimentos da epidemiologia e da história natural das doenças e as práticas contam com participação de profissionais da saúde e outros, sempre relacionados ao controle de riscos, doenças e agravos. Já na promoção, utiliza-se dos conhecimentos das ciências humanas e de profissionais de diferentes setores e da própria comunidade para efetivação das ações.

Objetivos

- Identificar e analisar as atividades desenvolvidas na unidade voltadas para a promoção da saúde.
- Identificar e analisar o potencial de desenvolvimento e/ou as atividades existentes de promoção da saúde no território da unidade.
- Definir iniciativas visando à implantação ou o aperfeiçoamento desses processos nas unidades.

Atividades Propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão de texto a partir de questões disparadoras**
- 3. Orientações para as atividades de dispersão**

Durante o período de dispersão, os participantes deverão descrever e propor melhorias nos processos e atividades atualmente desenvolvidos na UBS e no seu território, no que diz respeito à promoção da saúde. As melhorias propostas devem vir com prazos e responsáveis definidos.

Para isso, devem considerar todas as atividades voltadas à melhoria de qualidade de vida da população em geral e, particularmente relacionadas à aquisição de hábitos e alimentação saudáveis; estímulo a atividades físicas; ampliação da consciência ambiental e combate à violência.

Para facilitar a descrição e a indicação de propostas de melhoria, a equipe da UBS deve receber material impresso contendo os instrumentos a serem preenchidos.

5º ENCONTRO – ACOLHIMENTO: RECEPÇÃO PRÓ ATIVA, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SÓCIO SANITÁRIO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO

O acolhimento ao usuário proporcionado pela equipe da UBS deve ser entendido como uma oportunidade primordial para o estabelecimento de uma relação de confiança, para a resolução das necessidades de saúde apresentadas e para o estabelecimento de vínculos com esse usuário.

Para que o acolhimento seja efetivo, faz-se necessário:

- Escuta qualificada que permita a tomada de uma solução para o usuário (atendimento, agendamento, encaminhamento, etc);
- Presença de protocolos institucionais que definam a estrutura do atendimento na recepção do usuário;
- Foco na integralidade da atenção ao paciente (paciente avaliado em todos os seus aspectos de vida, não apenas no biológico);
- Valorização do momento de encontro, para estabelecimento de vínculo e de cuidado;
- Garantia de acesso, com a oferta de consulta imediata, ou com garantia de agendamento;
- Triagem e classificação de risco clínico¹ e,
- Estratificação de risco sócio sanitário²

Como parte do processo de acolhimento, a recepção pró ativa é entendida como o conjunto de atividades desenvolvidas no momento de chegada do usuário no espaço físico da unidade, em todas as vezes que ele necessitar de algum tipo de cuidado. A recepção pró ativa tem a potência para superar os limites burocráticos das recepções de caráter administrativo que ainda acontece em muitas unidades de saúde. Esta forma de recepção irá definir de forma significativa a consequente trajetória do usuário pela unidade e pela RRAS, seja de forma positiva ou negativa. Assim, a importância do primeiro contato não é apenas imediata quanto ao tempo ou o tipo de atendimento, mas

²A estratificação de risco envolve uma análise das famílias por riscos sócio sanitários; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por estratos de riscos e a identificação das subpopulações com fatores de riscos biopsicológicos. Enquanto gênero e raça desempenham fatores significativos na explicação da desigualdade na saúde, o status socioeconômico é um dos maiores fatores determinantes no nível de acesso de um indivíduo aos cuidados de saúde. Além disso, sabe-se que os determinantes sociais da saúde são as condições econômicas e sociais e sua distribuição entre a população, que influenciam as diferenças individuais e grupais no estado de saúde. Eles são fatores de risco encontrados em suas condições de vida e de trabalho (como a distribuição de renda, riqueza, influência e poder), ao invés de fatores individuais (como fatores de risco comportamental ou genético) que influenciam o risco de uma doença, ou vulnerabilidade a doenças ou lesões. Os determinantes sociais da saúde são as condições econômicas e sociais e sua distribuição entre a população, que influenciam as diferenças individuais e grupais no estado de saúde. (Carvalho, AI, 2013)

também imprimirá a qualidade do vínculo com a equipe e do fluxo do paciente no sistema.

A recepção pró ativa é um ato de escuta, de empatia para com o usuário, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda, como expectativa.

Implantar a recepção que se caracterize como proativa implica o estabelecimento de alguns pontos: (1) conhecimento do perfil da clientela, a rotina da UBS como o quantitativo de atendimentos diários e os horários de pico do atendimento; (2) definição de fluxos para o paciente, protocolos de atendimento e classificação de risco; (3) qualificação de toda a equipe (recepção, enfermagem e segurança e, dependendo do porte da unidade, um orientador de fluxo); e, (4) adequação das áreas de atendimento, seja para o acolhimento e a classificação/ estratificação de risco, seja nas áreas de pronto-atendimento e de emergência.

Durante o acolhimento, deve-se proceder a prévia classificação de risco clínico e a estratificação de risco sócio sanitário do usuário, o que irá nortear todo o processo de atendimento na unidade e no sistema.

A classificação de risco clínico e a estratificação de risco sócio sanitário são apresentadas como conjunto de atividades, realizadas por profissionais preparados que buscam caracterizar, no momento da chegada, o maior ou menor risco clínico e sócio sanitário do usuário. Possibilita, por meio de uma análise do maior ou menor risco clínico, a organização do fluxo dos que procuram os serviços e pode garantir um atendimento resolutivo, humanizado e prioritário, aos que se encontram em situação aguda ou crônica agudizada de qualquer natureza.

Existem vários modelos para classificar risco dos pacientes que demandam cuidados. São baseados em categorias de sintomas, o que é desejável em um protocolo de classificação de risco. Os dispositivos adotados pelo Ministério da Saúde a partir de 2002 têm sua inspiração no Modelo de Manchester (*Manchester Triage System* – MTS), que utiliza algoritmos e determinantes associados a tempos de espera identificados por uma cor³. É adotado um processo qualificado de classificação onde constam sintoma/queixa/evento; qualificadores (parâmetros); a classificação, a clínica relacionada e sinais de alerta/observações.

³Como exemplo a Prefeitura de Belo Horizonte adotou a partir de 2005 a seguinte classificação de risco: Vermelho - emergência (será atendido imediatamente na sala de emergência); Amarelo - urgência (será atendido com prioridade sobre os pacientes classificados como verde no consultório ou leito da sala de observação); Verde - sem risco de morte imediato (somente será atendido após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo); e Azul - quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar, poderá ser atendido após todos os pacientes classificados como vermelho, amarelo e verde.



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

Segundo MENDES et al (2008), há necessidade de um redesenho dos fluxos de encaminhamento, após a classificação de risco biológico, que considere os seguintes elementos: (1) atribuir tempos de espera para o atendimento médico; (2) definir modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; (3) avaliar a estrutura física do atendimento; (4) modificar os fluxos e processos de trabalho; e (5) medir os resultados obtidos.

Por outro lado, a estratificação de risco sócio sanitário se relaciona diretamente com o conceito de vulnerabilidade social e em última instância, está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas e possibilidades de enfrentar barreiras culturais. Considerar não só os riscos, mas também a vulnerabilidade individual e familiar que permita um desenho de cuidados singular aos portadores de condições e agravos crônicos (hipertensão, diabetes, aids, alcoolismo, entre outras) por exemplo, que defina maior ou menor possibilidade de ação, dependendo da gravidade ou urgência. As estratégias para aumentar a adesão a tratamentos continuados, redução do abandono e incorporação de práticas saudáveis devem levar em conta os fatores de risco presentes em cada situação concreta, mas

também dialogar com os aspectos individuais, institucionais e sociais que delineiam um perfil de vulnerabilidade do usuário.

No que se refere tanto à classificação de risco clínico como a estratificação de risco sócio sanitário, é indispensável avaliação dinâmica dos fatores de risco, cada vez que o paciente comparece à unidade. É necessária ainda uma atuação integrada da equipe multiprofissional para detecção contínua de risco.

A presença de um determinado risco clínico ou social não significa necessariamente que o paciente deva ser encaminhado para outros serviços, pois muitos deles são passíveis de serem abordados e resolvidos na AB.

Objetivos

- Discutir a concepção de acolhimento no que se refere à: recepção pró ativa; classificação de risco clínico; e, estratificação de risco sócio sanitário.
- Caracterizar os processos de recepção pró ativa, de classificação de risco clínico e de estratificação de risco sócio sanitário, desenvolvido na UBS na perspectiva de seu aprimoramento.
- Propor mudanças nesses processos que proporcionem melhorias no atendimento tanto aos pacientes crônicos quanto agudos.
- Favorecer o entendimento dos processos de acolhimento para a integração das práticas, sejam na unidade ou na rede de serviços.

Atividades Propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão de texto a partir de questões disparadoras**
- 3. Orientações para as atividades de dispersão**

Propõe-se a observação e a análise do processo de acolhimento existente na UBS e a indicação de iniciativas para aprimorá-lo. Essas tarefas devem ser orientadas por instrumentos construídos com essa finalidade.

6º ENCONTRO - ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

A oferta de cuidado na UBS reflete como a equipe de profissionais entende o seu papel em relação à essa oferta e a forma como organiza seus processos de trabalho que incluem, entre outros e prioritariamente, as atividades assistências e de vigilância em saúde, de modo a garantir que o cuidado ofertado seja qualificado. Entende-se por cuidado qualificado aquele caracterizado por: agilidade, segurança, eficácia técnica e satisfação do usuário.

A oferta do cuidado em um sistema de saúde como o SUS, que propõe uma abordagem integral do processo saúde doença, deve ainda orientar-se pela regularidade, continuidade, integração e atuação multiprofissional.

É importante, que tenhamos claro, que nos últimos anos, o maior desafio em relação a oferta de cuidados na AB, passou a ser o **acompanhamento clínico de pacientes com condições crônicas**⁴, pacientes esses que permanecerão sob cuidados ao longo de sua vida. Isso significa que temos que estar preparados para:

- Atender uma demanda crescente e que permanecerá em tratamento por longo tempo
- Detectar e tratar as comorbidades, inevitáveis no paciente crônico
- Ter como foco, muitas vezes, não exatamente a cura, mas sim a estabilização clínica e a melhoria da qualidade de vida
- Considerar não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicossociais que representam um forte fator de desestabilização no caso das condições crônicas
- Atuar além da prevenção, tratamento e reabilitação. Ou seja, promover outras práticas como estímulo e apoio ao autocuidado, e cuidados paliativos.

Acompanhamento Clínico e Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O **acompanhamento clínico** se caracteriza pelo estabelecimento de uma relação direta entre os profissionais de saúde, o paciente e seu parceiro/familiar e engloba processos bastante diversificados que devem respeitar as evidências

⁴Condições crônicas, entendidas como aquelas de longo curso que incluem tanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), fortemente relacionadas ao envelhecimento, como outras patologias e condições de saúde cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde (as doenças transmissíveis de longa duração - HIV/AIDS, tuberculose, hepatites, hanseníase etc.; parte significativa dos distúrbios mentais; deficiências físicas permanentes; condições relacionadas ao ciclo gravídico puerperal; etc.)

científicas e considerar as diretrizes clínicas vigentes. Essas diretrizes devem ser compartilhadas com os usuários de forma a favorecer sua participação no seu plano de cuidado. Deve-se também ressaltar a importância da retaguarda de especialistas para os profissionais das equipes de atenção básica, sempre que necessário e de um sistema de informação clínica adequado.

Nesse Manual, são considerados **processos de acompanhamento clínico**: as consultas, os trabalhos em grupos e/ou procedimentos desenvolvidos com foco na clínica, por profissionais (médicos, enfermeiros; dentistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros), de forma individualizadas ou compartilhadas e, que se desenvolvem comumente na unidade ou eventualmente no domicílio ou em outros espaços.

Esse momento único e especial, onde a tecnologia mais importante é justamente o conhecimento profissional e a relação entre pessoas, define o sucesso ou o insucesso do trabalho desenvolvido ao longo de todo o processo de cuidado. Uma adequada interação entre a equipe e dessa com o paciente favorece o acolhimento, o vínculo, a abordagem integral, a precisão técnica, a continuidade do atendimento, a segurança, a educação em saúde e a adesão ao atendimento.

Assim, a análise dos processos relacionados ao **acompanhamento clínico** em dada unidade de saúde deve ser orientada pelos seguintes questionamentos:

- Qual o conhecimento acumulado pela equipe em relação a abordagem integral do processo saúde doença? E de que forma esse conhecimento é compartilhado de modo a resultar numa atuação qualificada e integrada?
- Tendo-se como pressuposto a abordagem integral do processo saúde doença, como o usuário é visto pela equipe, e como se dá sua participação na definição de seu plano de cuidado?
- Como são organizados os processos de trabalho que se desenvolvem através da interação entre a equipe e o usuário e quais as estratégias utilizadas para a sua qualificação?

Já, o **apoio diagnóstico e terapêutico** é entendido como um conjunto de processos de suporte à clínica que envolve investigação em patologia e análises clínicas, exames de imagem e de métodos gráficos, deve ser valorizado como um elemento imprescindível para melhorar a resolubilidade da clínica na AB. Parte desse suporte diagnóstico para a AB, realiza-se fora da UBS. No entanto, a própria evolução tecnológica no setor saúde, tem favorecido a incorporação de métodos e instrumentos diagnósticos na própria UBS, o que significa que, atualmente, essas unidades desenvolvem um conjunto de processos de apoio diagnóstico e terapêutico que devem ser identificados e analisados na perspectiva de seu aprimoramento.

Feitas essas considerações, propõe-se o desenvolvimento de atividades que busquem promover a discussão de como se dá o acompanhamento clínico e de apoio diagnóstico e terapêutico na unidade no presente momento de forma a identificar oportunidades de melhoria.

Objetivos:

- Reconhecer os processos de trabalho na unidade relacionados ao acompanhamento clínico e apoio diagnóstico e terapêutico identificando fragilidades e possibilidades de melhoria.
- Avaliar a possibilidade da equipe de construir plano de cuidado integrado e multiprofissional voltado aos pacientes que demandam essa iniciativa

Atividades propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão de texto a partir de questões disparadoras**
- 3. Orientações para as atividades de dispersão**

Recomenda-se, como atividade de dispersão, a identificação dos processos desenvolvidos relacionados ao acompanhamento clínico e apoio diagnóstico e terapêutico na UBS; o reconhecimento dos pontos fortes e fracos nesses processos; e, a proposição de melhorias. Propõe-se como guia para tal atividade, um instrumento que sirva de roteiro e sistematização ao mapeamento dos principais processos no acompanhamento clínico e apoio diagnóstico e terapêutico.

7º ENCONTRO - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As ações de assistência farmacêutica são comumente identificadas enquanto ações relacionadas ao fornecimento de medicamentos e toda logística de suporte necessária, o que envolve: programação, seleção, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Essas ações nem sempre são desenvolvidas de forma articulada pela equipe de saúde, o que indica a necessidade de aprimorar esses processos. Além disso, faz-se necessário repensar as ações de assistência farmacêutica enquanto prática clínica relacionada diretamente a oferta do cuidado.

O avanço do Serviço Farmacêutico na Atenção Básica conduz ao redesenho do processo de trabalho de modo a aprimorar a atividade já existente (gestão do acesso) e desenvolver ações e serviços relacionados ao cuidado farmacêutico (gestão do cuidado). Com a inserção de novas práticas, é possível ampliar o cuidado em saúde, aumentar a resolutividade do uso de medicamento, bem como, conhecer os principais problemas relacionados aos medicamentos vivenciados pelos usuários.

O cuidado farmacêutico constitui ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à promoção do uso racional de medicamentos prescrito, não prescrito, de terapias alternativas e complementares e educação em saúde, por meio dos serviços da Clínica Farmacêutica e atividades pedagógicas para o indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde.

Objetivos

- Analisar a organização dos serviços farmacêuticos na UBS
- Estimular a reflexão da atuação do profissional farmacêutico na unidade e suas contribuições para o cuidado farmacêutico em saúde
- Estimular a melhoria dos processos de trabalho dos serviços farmacêuticos técnicos-gerenciais e clínicos-assistenciais

Atividades Propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão de textos a partir de questões disparadoras**
- 3. Reflexão sobre a prática na UBS no que diz respeito ao processo de cuidado farmacêutico**

Para esse momento sugere-se uma dinâmica que promova um diálogo considerando o que foi discutido com a leitura dos textos e comparando com a realidade vivenciada no dia a dia dos profissionais.

4. Orientações para as atividades de dispersão

Para essa atividade recomenda-se o preenchimento, pela equipe, de um instrumento para a realização de diagnóstico referente ao cuidado farmacêutico na UBS.

Após o preenchimento desse instrumento, a equipe deverá realizar uma análise apontando as principais fortalezas e fragilidades e, sugerindo as medidas necessárias para o aprimoramento das atividades de cuidado farmacêutico na UBS.

8º ENCONTRO – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância é a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e, a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Em 1968, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS amplia o conceito de Vigilância de Saúde Pública para outros agravos além das doenças transmissíveis. Neste encontro, a vigilância passou a ser considerada função essencial nas práticas de Saúde Pública. E foi gradativamente sendo substituída pelo termo Vigilância em Saúde. Tem como objetivo a observação e análise contínua da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinado a controlar determinantes, riscos e danos à saúde da população num determinado território, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

São componentes da **Vigilância em Saúde**: promoção da saúde, prevenção⁵ e controle de doenças e agravos à saúde, devendo-se constituir em espaço de articulação de conhecimentos e técnicas. O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária.

As ações de Vigilância em Saúde devem estar cotidianamente inseridas em todos os níveis de atenção da saúde. É condição obrigatória para a atenção integral à saúde a articulação entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica através do processo de trabalho condizente com a realidade local e conforme as especificidades. As diretrizes para este trabalho conjunto preveem a compatibilização dos territórios, planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas, monitoramento e avaliação conjuntos, metodologias que favorecem a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde.

⁵O Conceito de prevenção está associado a um modo antecipatório de evitar um mal, com enfoque na detecção e controle de doenças. Não se trata de produzir algo, mas de controlar e evitar um fenômeno ameaçador. No setor da saúde corresponde a executar alguma ação que evite o surgimento de uma doença, reduzindo seu aparecimento e permanência numa dada população e ou executar ações para diminuir agravos. Sendo assim, objetiva controlar doenças e reduzir riscos relacionados às agressões de agentes externos, bem como, propor cuidados com o meio ambiente.

Para a prevenção utilizou-se dos conhecimentos da epidemiologia e da história natural das doenças e aos pouco houve a incorporação de novas áreas do conhecimento para o enfrentamento de novos agravos, de recrudescimento de doenças, de epidemias num contexto de grande mobilidade das pessoas e de produtos e da diversidade dos agentes causadores de doenças. Desta forma, nas últimas décadas a observação constante e análise permanente da situação de saúde para controle dos agravos exigiram uma abordagem de vigilância.

Independentemente dos conceitos e práticas já consolidadas de Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e do Meio Ambiente, optou-se aqui, por tratar a VS como **Vigilância de Riscos e/ou Agravos**. Entende-se como escopo de atuação da VS:

- Trabalhar em bases territoriais
- Trabalhar com informações em saúde, de preferência georreferenciadas
- Trabalhar com diversos bancos de dados (SINAN, SISPNC, SIAB, SIM, SINASC, etc.)
- Trabalhar com identificação de vulnerabilidades nos territórios (ambientais, bolsões de pobreza, etc.)
- Trabalhar com doenças e agravos de notificação compulsória e problemas coletivos de saúde (agudos e crônicos)
- Produzir e difundir informações
- Estimular a Educação Permanente dos profissionais da Vigilância
- Trabalhar valorizando a participação social

Entende-se que as práticas tanto da AB como de VS incidem no território o que implica que se deve realizar um esforço visando definir em todos os municípios brasileiros, o mesmo território de atuação para VS e de UBS/AB.

As ações de VS no território podem ser assim categorizadas:

a. Atribuições Próprias da UBS

- Vacinação
- Investigação e monitoramento de casos
- Busca ativa

b. Atribuições Próprias da VS no território da UBS:

- Vigilância de riscos⁶
- Vigilância de agravos e doenças⁷

c. Atribuições Comuns - Integradas (VS-AB)

- Identificação do território
- Mapeamentos dos equipamentos de saúde ou relacionados a saúde, públicos e privados da área

⁶Medidas administrativas na inspeção de produtos e serviços: notificação; advertência, multas, interdição (autuações); regularização de estabelecimentos de interesse a saúde.

⁷Ações de controle de vetores e zoonoses: laboratório de entomologia; trabalho em altura (caixas d'água, calhas, lajes, etc.); nebulização; necropsia de animais, coletas de materiais (sangue, vísceras, etc.). Ações ambientais: coleta de água, manejo de produtos químicos, biológicos sob riscos, restos mortais, etc. Informação em saúde: alimentação de banco de dados, informes técnicos, boletins epidemiológicos, retroalimentação de dados. Saúde do Trabalhador: inspeção em ambientes de trabalho, alimentação de banco de dados e retroalimentação de sistema.

- Mapeamento de populações vulneráveis
- Atuação junto à população adscrita estratificada por risco
- Investigação de óbitos maternos, infantis e outros de interesse de saúde pública
- Investigação e implementação de ações para o controle de surtos e eventos inusitados
- Mobilização social com a população e conselhos de saúde
- Análise das informações de saúde (pequenos números/ pequenas populações)
- Planejamento de atividades visando o controle do risco, redução de vulnerabilidades e as necessidades de saúde da população
- Divulgar informações sobre risco sanitário para a população

A organização da VS no Brasil só será consolidada quando forem estruturadas as RRAS seja nos grandes municípios ou integrando vários municípios de uma mesma região, que organizem a atenção a saúde como um todo, incluindo as ações e atividades próprias da VS, respeitando-se os pressupostos acima e as diversidades existentes no país.

Objetivos

- Refletir sobre os conceitos de VS e a importância das atividades no âmbito interno da UBS e do seu território
- Identificar e analisar os processos e as atividades de VS desenvolvidas na unidade
- Definir iniciativas visando à implantação ou aperfeiçoamento desses processos nas unidades.

Atividades Propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão de texto a partir de questões disparadoras**
- 3. Orientações para as atividades de dispersão**

Recomenda-se que durante o período de dispersão, os participantes descrevam e proponham melhorias nos processos e atividades atualmente desenvolvidos na UBS e no território, no que diz respeito à prevenção de riscos e agravos. Para a sistematização das informações, sugere-se que os participantes registrem as atividades em instrumento próprio.

9º ENCONTRO – GESTÃO DO CUIDADO NA UBS

Os processos de gestão do cuidado em saúde podem ser entendidos como aqueles que visam garantir o provimento de saberes, tecnologias e recursos para que o cuidado em saúde se efetive. Englobam iniciativas que se desenvolvem em várias dimensões: pessoais/ familiares/ comunitárias; de práticas profissionais; de serviços de saúde (organizacionais) e, de sistemas de saúde (sistêmicas).

Nesse momento, recomenda-se a análise dos processos de gestão do cuidado relacionados, diretamente, **as práticas profissionais que se desenvolvem no âmbito interno de uma UBS**. Como esses processos são constituídos por um conjunto muito diversificado de atividades, podem ser melhor percebidos quando se busca identificar as tecnologias neles envolvidas (tecnologias de micro gestão do cuidado).

Respeitando esse entendimento e os propósitos desse Manual, propõe-se a averiguação e melhoria na utilização dessas tecnologias no âmbito das práticas profissionais que se desenvolvem numa UBS, categorizando-as da seguinte forma:

- a. **Modalidades diferenciadas de atendimento**
- b. **Formatos diferenciados de manejo clínico**
- c. **Documentos de referência para as práticas profissionais**
- d. **Atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde**
- e. **Instrumentos utilizados na relação direta entre profissionais-usuários**

Assim, o facilitador deve buscar, inicialmente, apoiar a equipe na identificação das **tecnologias de micro gestão do cuidado** que vem sendo utilizadas pela UBS e, posteriormente, apoiar a definição de iniciativas voltadas a melhoria na sua utilização ou a implantação de novas tecnologias a serem utilizadas.

a. **Modalidades diferenciadas de atendimento**

Vale salientar que, geralmente a atenção ao usuário fica concentrada em encontros clínicos individuais face-a-face, através de consultas médicas, de enfermagem ou de outros profissionais. Há, certamente, atividades de grupos, mas realizadas de forma tradicional, muitas vezes como palestras para conjuntos de pessoas sem se caracterizar como atendimento clínico. Sendo assim, é possível pensar em algumas outras possibilidades de atuação diferenciada para garantir o acesso e qualificar o cuidado ofertado.

São consideradas **modalidades diferenciadas de atendimento** individual ou em grupo, as seguintes: atendimento individualizado nas unidades de saúde, atendimento individualizado no domicílio, atendimento individualizado não presenciais por telefone ou por meio eletrônico, atendimento em grupo orientado por profissionais, atendimento através de grupo operativo, atendimento por pares, dentre outras.

b. Formatos diferenciados de manejo clínico

São aqui considerados formatos diferenciados de manejo clínico aqueles que podem ser empregados em casos clínicos específicos que, por sua complexidade e risco, exigem uma abordagem singular e, na maioria das vezes, multiprofissional integrada. São aqui considerados formatos diferenciados de manejo clínico, os seguintes:

- **Plano de Cuidado**, formulado sempre que necessário para casos específicos, nos quais o compartilhamento do prontuário apresenta-se como fator facilitador. Recomendam-se três atributos para o plano de cuidado: o enfoque de trabalho em equipe; a participação proativa das pessoas usuárias; e o suporte de um sistema de informações em saúde eficaz.
- **Gestão da Condição de Saúde**, que diz respeito ao processo de gerenciamento de fatores de risco ou de determinada condição de saúde já estabelecida, por meio de um conjunto de intervenções clínicas e educacionais.
- **Gestão de Caso**, que corresponde ao processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para: planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa. Tem como objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar.
- **Apoio ao autocuidado**, que propõe através de diferentes iniciativas, o apoio as pessoas para que, por meio do autocuidado, tornem-se agentes produtores sociais de sua saúde.

c. Documentos de referência para as práticas profissionais

Com o intuito de orientar decisões relacionadas a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência, bem como a organização de serviços para a oferta de cuidados adequados ao usuário, com a incorporação de evidências da clínica, da saúde pública e da gestão em saúde, esses documentos contribuem com a normalização das atividades profissionais e dos serviços e acabam por facilitar a comunicação entre eles e a efetividade dos cuidados prestados.

Incluem as diretrizes clínicas, os protocolos clínicos, os protocolos de encaminhamento, os documentos técnicos de LC, os protocolos de serviços de saúde, os manuais técnicos, a carteira de serviços de saúde da UBS, dentre outros.

d. Atividades de capacitação e/ou de retaguarda aos profissionais de saúde

São as atividades voltadas ao aperfeiçoamento profissional e a promoção do trabalho conjunto entre os profissionais da equipe da AB e os especialistas, tendo como exemplo: matriciamento, segunda opinião, tutoria, supervisão formativa, processos de educação permanente e/ou continuada, outros processos de capacitação, dentre outras.

e. Instrumentos utilizados na relação direta entre profissionais-usuários

São instrumentos utilizados pelos profissionais que visam facilitar o processo de acompanhamento clínico ou aqueles que apoiam os processos educativos junto aos usuários. Podem ser assim categorizados:

- **Instrumentos de acompanhamento clínico** que incluem os prontuários, as fichas de acompanhamento, cartões/carteiras do usuário (cartão da gestante, Caderneta de saúde da pessoa idosa, carteira de vacinação), os relatórios de encaminhamento, dentre outros. Ajudam a garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, auxiliam na comunicação e tomada de decisão em equipe e permitem um arquivo de dados-base.
- **Materiais de informação, educação e comunicação**, tais como vídeos, folders, aplicativos, cartilhas; que servem de apoio aos profissionais de saúde para ampliar o conhecimento do usuário e/ou da família a respeito do processo saúde doença em curso.

Essas tecnologias apresentadas representam alguns exemplos de tecnologias de micro gestão do cuidado e há uma complementariedade e interação entre elas.

O importante é entender o objetivo de cada uma e seu potencial de melhoria, a dinâmica do trabalho onde elas poderão ser inseridas, a possibilidade de interação e potencialização entre elas e a necessidade contínua de averiguação dos resultados alcançados através da sua utilização.

Feitas essas considerações, pode-se afirmar que a busca pela oferta de cuidados de saúde qualificados envolve a estruturação de sistemas de saúde potentes, efetivos e integrados o que se dá não só através da implantação e integração de unidades de saúde diferenciadas e diversificadas, mas, também, através do estímulo a utilização de mecanismos que aprimorem e integrem as atividades que nelas se desenvolvem.

Objetivos

- Compreender e refletir sobre a importância das tecnologias de micro gestão do cuidado como estratégia fundamental para o aprimoramento da UBS e a busca de garantia da integralidade da atenção.
- Identificar e analisar tecnologias de micro gestão do cuidado já existentes, na unidade, que possam potencializar a oferta do cuidado qualificado nessa dimensão.
- Definir iniciativas visando à implantação ou o aperfeiçoamento na utilização dessas tecnologias

Atividades propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Discussão e reflexão do conceito de gestão do cuidado relacionados às práticas profissionais na UBS e a importância da existência das tecnologias de micro gestão do cuidado como uma das estratégias de fortalecimento da AB**
Para aquecer o debate recomenda-se a leitura de um texto selecionado.
- 3. Identificação e análise das tecnologias de micro gestão do cuidado já utilizadas na UBS**

Propõe-se que o facilitador disponibilize à equipe um instrumento contendo uma listagem das tecnologias de micro gestão do cuidado, as quais são desenvolvidas no âmbito de uma UBS, para que possam identificar a utilização ou não das mesmas, ou, ainda, de outras que não constarem na lista.

4. Orientações para as atividades de dispersão

Para essa atividade sugere-se o preenchimento de um instrumento com a proposição de iniciativas visando à implantação ou o aperfeiçoamento de tecnologias de micro gestão do cuidado na unidade.

10º ENCONTRO – APOIO LOGÍSTICO E APOIO OPERACIONAL DA UBS

São considerados **processos de apoio logístico** no âmbito interno de uma UBS, todos aqueles ali existentes, que são necessários para a circulação de: pacientes, profissionais, materiais, produtos e informações.

Inclui processos relacionados ao transporte sanitário; comunicação e registros (eletrônicos ou não) de informações diversas; regulação de acesso que dão suporte à movimentação do usuário no âmbito da RRAS.

Assim, o **transporte sanitário** se refere à movimentação física do profissional e do usuário sempre que houver necessidade de locomoção, incluindo transporte para visitas domiciliares, ações de bloqueio, transporte de materiais biológicos (exames) e transporte de usuários sempre que precisar de ações de saúde ofertadas nos demais serviços, garantindo assim seu acesso e retorno à UBS. A UBS deve contar, portanto com acesso facilitado ao transporte sanitário, que geralmente é organizado de modo centralizado pelas SMS.

A **comunicação interna** da UBS e com os demais serviços da RRAS, exige a utilização de tecnologias específicas e bastante diversificadas. Compreende por exemplo: telefonia; fax; infovias para acesso de meios digitais; etc.

Já o **registro, de preferência eletrônico**, inclui um conjunto de documentos e informações, sobre a saúde dos usuários, que pode ser acessado, pelos diferentes profissionais de saúde, e em diferentes serviços de saúde, quando necessário, facilitando a continuidade do cuidado e a atuação multiprofissional integrada. Entre esses registros o de maior importância é o prontuário eletrônico que deve conter todos os dados de saúde, como agravos, resultados de exames, tratamento do usuário.

O **cartão de identificação do SUS**, entendido como um instrumento de fundamental importância por identificar e caracterizar o usuário, deve ser citado como um pré-requisito para grande parte dos processos de apoio logístico. Permite a construção de bancos de dados dos quais é possível extrair informações sobre a utilização dos diferentes serviços da UBS, bem como das principais ações realizadas, além de dados sobre o caminho do usuário em diferentes serviços, com o objetivo de melhor planejar as ações ofertadas pela UBS. Estes bancos de dados permitiriam ainda avaliar o acesso e o uso de ações e recursos, como número de consultas anuais por tipo, medicamentos utilizados, exames realizados, etc., além de avaliar o número de indivíduos, existentes no território, e portadores de situações ou agravos de interesse (idosos, gestantes, hipertensos, diabéticos, etc.)

Por sua vez a **regulação do acesso** diz respeito aos processos e atividades relacionados à organização dos encaminhamentos de usuários da UBS para os outros serviços de Média e Alta Complexidade, ambulatorial e hospitalar, bem como ao seu retorno à UBS de origem, sempre que necessário. Para o correto funcionamento da regulação do acesso é necessário contar com vagas, disponibilizadas por diferentes serviços de saúde, a serem gerenciadas através de sistema informatizado acessível às UBS para agendamento.

Já, **processos de apoio operacional** da UBS são aqueles relacionados à: manutenção predial; limpeza; segurança; e armazenamento de medicamentos, insumos e materiais. Todos esses processos são de extrema importância para o correto funcionamento da unidade, requerendo treinamento específico dos trabalhadores desses diversos setores.

No caso da **manutenção predial e da limpeza** objetiva-se ter condições de higiene e locais de trabalho adequados para atenção à saúde o que exige o respeito a procedimentos técnicos específicos para garantir acessibilidade, conforto e higiene local.

Quanto ao **armazenamento de medicamentos, insumos e materiais** é preciso contar com locais apropriados e com condições adequadas a cada tipo de produto considerando sua diversidade: vacinas, medicamentos, produtos inflamáveis, limpeza, insumos de enfermagem, odontológicos, entre outros. Dadas estas características torna-se necessário manter um controle detalhado de estoque, consumo, datas de validade e condições de armazenamento, inclusive para prevenir a sua falta.

Outra questão a ser considerada neste aspecto é o fato de que a padronização de produtos e sua aquisição são realizados de forma centralizada pelas SMS que, do mesmo modo devem contar com locais e processos apropriados de recebimento, armazenamento e distribuição de materiais, mantendo contatos permanentes com as UBS no sentido de identificar permanentemente os estoques locais, para prevenir perdas e prover o uso adequado.

O correto armazenamento e controle contribuem de modo essencial para a qualidade do cuidado ofertado pela UBS.

Objetivos:

- Reconhecer os processos de apoio logístico e de apoio operacional realizados na UBS visando detectar suas fragilidades, na perspectiva de seu aprimoramento;

- Propor mudanças que proporcionem melhorias dos processos de apoio logístico e de apoio operacional.

Atividades propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Análise em grupo dos processos de apoio logístico e de apoio operacional da UBS**
- 3. Apresentação das atividades de dispersão**

A equipe deverá identificar e descrever cada um dos processos e atividades analisados e indicar propostas de melhorias caso julgue necessárias. Sugere-se a entrega prévia de instrumentos à equipe para que orientem essas atividades.

11º ENCONTRO - GERENCIAMENTO DA UBS: ARTICULAÇÃO SISTEMICA E ADMINISTRAÇÃO GLOBAL

Além das exigências relacionadas a administração global da UBS entendida enquanto uma organização complexa, é preciso considerar o seu papel na organização e articulação sistêmica, o que traz grandes desafios para a sua gerência, envolvendo um conjunto de processos diferenciados.

Os processos relacionados a **articulação sistêmica** referem-se à participação da unidade no conselho local de saúde ou junto a outras organizações da comunidade local e, a sua articulação com outras unidades de saúde, com outros níveis gerenciais da SMS e com outras instituições existentes no território. Inclui ainda a representação institucional sempre que necessária.

Portanto, a articulação sistêmica da UBS objetiva o estabelecimento de relações e interações com setores locais, no território, que podem influenciar na saúde da comunidade e na atuação da unidade, bem como com outros setores da SMS.

A **administração global da unidade** inclui processos relacionados: ao planejamento e administração da unidade; a coordenação; ao desenvolvimento e administração dos trabalhadores; a informação em saúde; e, a comunicação social em saúde. Ou seja, é necessário fomentar e apoiar a organização de diferentes processos de trabalho e atividades, desses vários setores, e não apenas administrar recursos e pessoal.

Assim, a UBS precisa contar com uma gerência que deve ter uma concepção ampla de saúde e de oferta de cuidado em saúde, ser capaz de priorizar adequadamente os problemas e necessidades da comunidade e de implementar o modelo de atenção integral e de gestão participativa, o que exige que o gerente tenha competência, conhecimento e instrumentos apropriados. De acordo com Política de AB:

“Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na AB, preferencialmente de nível superior”

Apesar de poder contar com um Gerente de UBS é preciso considerar que as questões relacionadas à gerência da unidade envolvem toda a equipe de trabalho exigindo o desenvolvimento de algumas habilidades e responsabilidades, relacionadas à:

- Olhar crítico buscando identificar as fragilidades e as melhorias que podem ser implantadas por toda a equipe;
- Espírito de cooperação e colaboração para o correto funcionamento da unidade e dos processos de trabalho, nos quais cada um está inserido;
- Apoio e compreensão na resolução de conflitos interpessoais ou profissionais;
- Criatividade na realização de novas tarefas e processos que venham qualificar o trabalho na unidade;
- Apoio na elaboração de planos e estabelecimento de prioridades, visando a unidade como um todo e não apenas os interesses pessoais;
- Troca de informações e experiências entre a equipe, permitindo que todos tenham acesso aos dados que permitam uma avaliação constante das ações e atividades

Além disso, o envolvimento da equipe requer a realização de reuniões periódicas e encontros específicos para o adequado encaminhamento de decisões e de melhorias propostas, visando também a democratização das ações gerenciais.

Objetivos:

- Identificar e caracterizar os diferentes processos gerenciais desenvolvidos na unidade visando detectar suas fragilidades, na perspectiva de seu aprimoramento;
- Propor mudanças que proporcionem melhorias nesses

Atividades propostas

- 1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior**
- 2. Leitura e discussão do texto a partir de questões disparadoras**
- 3. Apresentação das atividades de dispersão**

12º ENCONTRO – PLANO DIRETOR DA UBS

O **Plano Diretor da UBS** deve ser entendido como um instrumento de gestão na perspectiva de contribuir permanentemente com o seu aprimoramento enquanto unidade funcional de uma RRAS do SUS. Assim, toda a equipe de saúde da unidade deve participar de sua elaboração e conhecê-lo em detalhes para promover a sua implantação.

Esse Plano Diretor deve conter todos os dados da área de cobertura e da população a ser assistida e, os objetivos e metas necessários para a reorganização e qualificação das ações de saúde, devendo orientar a tomada de decisões da equipe da unidade de uma forma clara e unificada, possibilitando assim um atendimento cada vez mais adequado à população usuária. Neste aspecto, o Plano será alimentado pelo conjunto de sugestões e ações que foram sendo propostas em cada momento desse processo de planejamento, organizado através de um conjunto de encontros. Assim, o Plano Diretor deve partir do reconhecimento do território de cobertura, da caracterização de sua população e do levantamento: dos principais agravos presentes; das condições sanitárias e socioeconômicas existentes; dos grupos vulneráveis; e, das áreas de risco, que devem ser compartilhados por todos os elementos da equipe de saúde.

Neste momento, propõem-se que todo esse conjunto de informações sejam organizadas num documento, denominado **Plano Diretor da UBS**, de forma que ele possa ser utilizado como um instrumento de gestão para a melhoria do espaço físico, da equipe de saúde e do cuidado ofertado.

Dois grandes grupos de ações devem ser indicados:

- 1) relacionados a melhoria da infraestrutura física tecnológica e de recursos humanos; e
- 2) relacionados a organização ou melhoria de processos de promoção; acolhimento com recepção, estratificação e classificação de risco; acompanhamento clínico e apoio diagnóstico e terapêutico; vigilância em saúde; gestão do cuidado; apoio logístico e apoio operacional; e, gerenciamento da UBS.

Este Plano deve conter um conjunto de ações que foram propostas e pactuadas pela equipe de saúde, em cada momento desse processo de planejamento e, deve, ainda, orientar a mudança de atitude e das ações de cada elemento da equipe, de modo que melhorias propostas realmente se efetivem. Portanto o Plano deve conter ações e propostas que possam efetivamente ser realizadas com os recursos que a unidade e a equipe possui ou, definir a busca de outros recursos junto a SMS ou a parceiros.

As propostas e ações incluídas no Plano devem ser avaliadas do ponto de vista da viabilidade econômica, técnica e organizacional, conforme indicação a seguir. Entretanto, nenhuma ação avaliada com Baixa ou Média Viabilidade deve ser eliminada do Plano, mas pode ficar aguardando mudanças das condições políticas e financeiras para serem executadas em outro momento.

Viabilidade	Avaliação		
	Alta	Baixa	Média
Econômica	Existem recursos	Não existem recursos no momento	Podem ser buscados recursos com parceiros
Técnica	A equipe possui o conhecimento técnico para realizar a ação	A equipe não possui o conhecimento técnico para realizar a ação	A equipe tem condições de contar com ajuda externa para realizar a ação
Organizacional	A UBS e a SMS possuem técnicos, setores e processos organizados para ajudar a efetivar a ação	A UBS e a SMS não possuem técnicos, setores e nem processos organizados que auxiliem na realização da ação	A UBS e a SMS têm condições de buscar parcerias que auxiliem na realização da ação

A partir desta análise de viabilidade torna-se mais fácil eleger as prioridades e as ações que podem realmente serem efetivadas, observando-se, entretanto, que podem estar inter-relacionadas. Por exemplo, pode-se detectar a necessidade de aumentar o número de gestantes atendidas, o que requer mais um profissional e mais um consultório. Neste caso é possível elaborar alternativas, como: partilhar horas de atendimento com profissional que possui baixa demanda em outra unidade; utilizar espaços da comunidade para realizar atendimentos; solicitar doação de equipamentos e mobiliários de parceiros, etc.

O **Plano da UBS**, deve ser sistematizado à partir de formulários especificamente construídos com essa finalidade, de forma a favorecer seu monitoramento, sua divulgação e sua permanente atualização.

Objetivos

- Sistematizar o conjunto de proposições elaboradas nos diversos encontros, num documento único que possa ser utilizado como instrumento de gestão voltado a melhorias da infraestrutura e dos processos da UBS

- Analisar a viabilidade das proposições de modo a implementar as ações conforme os recursos e os conhecimentos existentes e, o nível de organização da equipe;
- Definir os responsáveis e os prazos para a realização das ações, buscando envolver toda a equipe da UBS, responsabilizando todos pelas melhorias alcançadas.
- Favorecer o monitoramento das ações a partir daí desencadeadas.

Atividades Propostas

1. Apresentação e discussão do trabalho de dispersão do encontro anterior

2. Preenchimento de formulários para sistematização das proposições de melhorias elaboradas ao longo dos encontros

Os formulários com as proposições de melhorias devem ser preenchidos e validados por toda equipe durante a reunião. Neles também deverão constar a indicação do profissional responsável pelo acompanhamento de cada ação proposta.

3. Discussão e análise de viabilidade

4. Constituição do grupo de acompanhamento do Plano e distribuição das responsabilidades, tais como: coletar informações periódicas com todos os responsáveis por ações do Plano, sistematizar apresentações periódicas para a equipe, auxiliar na busca de novos caminhos e soluções, etc.

IV. REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. 2014. 62 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). ABBES, Claudia e MASSARO, Altair. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco: um Paradigma Ético-Estético no Fazer em Saúde. In: BRASIL. CONASS. Documenta, 23- Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados – Brasília :2011. p.226-233.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O Papel da Atenção Primária na Construção do SUS. In: BRASIL. CONASS. Documenta, 23- Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados – Brasília :2011. p.80 -87.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Território e Risco em Saúde. In: BRASIL. CONASS. Documenta, 23- Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados – Brasília :2011. p.120 -124.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Propõe a implantação nas unidades de atendimento às urgências do acolhimento e da triagem classificatória de risco. Diário Oficial União. 05 de novembro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde. Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008, 2ª Edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 07 de julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011, 60p. (Cadernos de Atenção Básica, v. I).

BRASIL. Ministério da Saúde e Educação. PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.087, DE 1º DE SETEMBRO DE 2011, quem institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica PROVAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p.15-23. (Cadernos de Atenção Básica, v. II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Nº 155 - DOU de 13/08/18 - Seção 1 – p.87

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177; 2000.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 15-38;2003.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R. (Org.). A saúde no Brasil em 2030: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.v.2. p. 19-38.

COUTINHO, A. A. P.; CECÍLIO, L. C. O.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *RevMed Minas Gerais*, v. 22, n. 2, p. 188-198, 2012.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.39-53; 2003.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: ENSP; 2009. 404p.

GRUPO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO. *Sistema Manchester de Classificação de Risco*. Manchester TriageGroup. 2010. 249 p.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, SãoPaulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 .

LAVRAS, Carmen C. de Campos et al. *Manual de apoio a implantação na Atenção Primária da Região Metropolitana de Campinas - RMC*. 2014. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP. – nº 07, 2014. 14.. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/images/cadernos-e-livros/cadernos-de-pesquisa-em-saude/caderno7/caderno7.pdf>>.

MEIRELLES, Ana Catarina. Excerto da dissertação: “Níveis de prevenção: conceito e contributo do médico da saúde pública”, efetuada na Administração Regional da Saúde do Norte, IP, no âmbito do Internato Médico de Saúde Pública-Unidade, 2008. Disponível em:<http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm>.

MENDES, Eugênio Villaça. et al. *A rede de atenção à urgência e emergência: planejamento de oficinas a organização da rede de atenção à urgência e emergência*. Brasília: Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, 2008. Mimeo.

MENDES, Eugênio Villaça. *Os Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde*. In: *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Villaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 137 – 156; 2011.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. *Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios*. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RESTITUTTI, Maria Cristina. *Territorialização e novas formas de adscrição de clientela*. PESS/NEPP/UNICAMP, 2018. Mimeo

SABROZA P, Leal MC, GRANADO S, MATOS IE. *O Mestrado Profissionalizante em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.217-232; 2006.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. *Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, Feb. 2003.

SOUSA, Carlos Dornels Freire. *Programa Saúde da Família - PSF: a ação do estado, o cenário de implantação e a importância do território para a sua efetivação*. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde – Hygeia*, v.10, n.18, p.207-215, 2014.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. *Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa*

Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, Dec. 2004.