



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Processos
fundamentais

da APS RS



2024

Governo do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Eduardo Leite - Governador

Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul
Arita Bergmann - Secretária
Ana Lucia Pires Afonso da Costa - Secretária Adjunta

Departamento de Atenção Primária e Políticas em Saúde (DAPPS)
Marilise Fraga de Souza - Diretora

Divisão da Atenção Primária a Saúde (DAPS)
Janilce Dorneles Quadros
Coordenadora

Aline von der Goltz Vianna
Chefe Seção Fortalecimento e Qualificação da APS

Gabriel Azambuja Athaydes
Chefe Seção Observatório da APS

Organização

Equipe Técnica da DAPS

Aline Von der Goltz Vianna
Beatriz Raffi Lerm
Carla Daiane Silva Rodrigues
Gabriel Azambuja Athaydes
Grazielle Reinaldo Lowe
Janilce Dornelles de Quadros
Luiza Campos Menezes
Marcos Rodrigo de Oliveira Sokoloski
Marina Soares Buralde
Priscila Helena Miranda Soares
Tainá Nicola

Diagramação

Aline Von der Goltz Vianna
Beatriz Raffi Lerm
Carla Daiane Silva Rodrigues
Gabriel Azambuja Athaydes
Grazielle Reinaldo Lowe
Janilce Dornelles de Quadros
Luiza Campos Menezes
Marina Soares Buralde
Tiago Salvadori Beal

RXX Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão da Atenção Primária à Saúde. Cadernos de Processos fundamentais de trabalho na APS [recurso eletrônico] / Secretaria Estadual da Saúde Rio Grande do Sul. 2024. 160p. f. Porto Alegre, BR-RS, 2024.

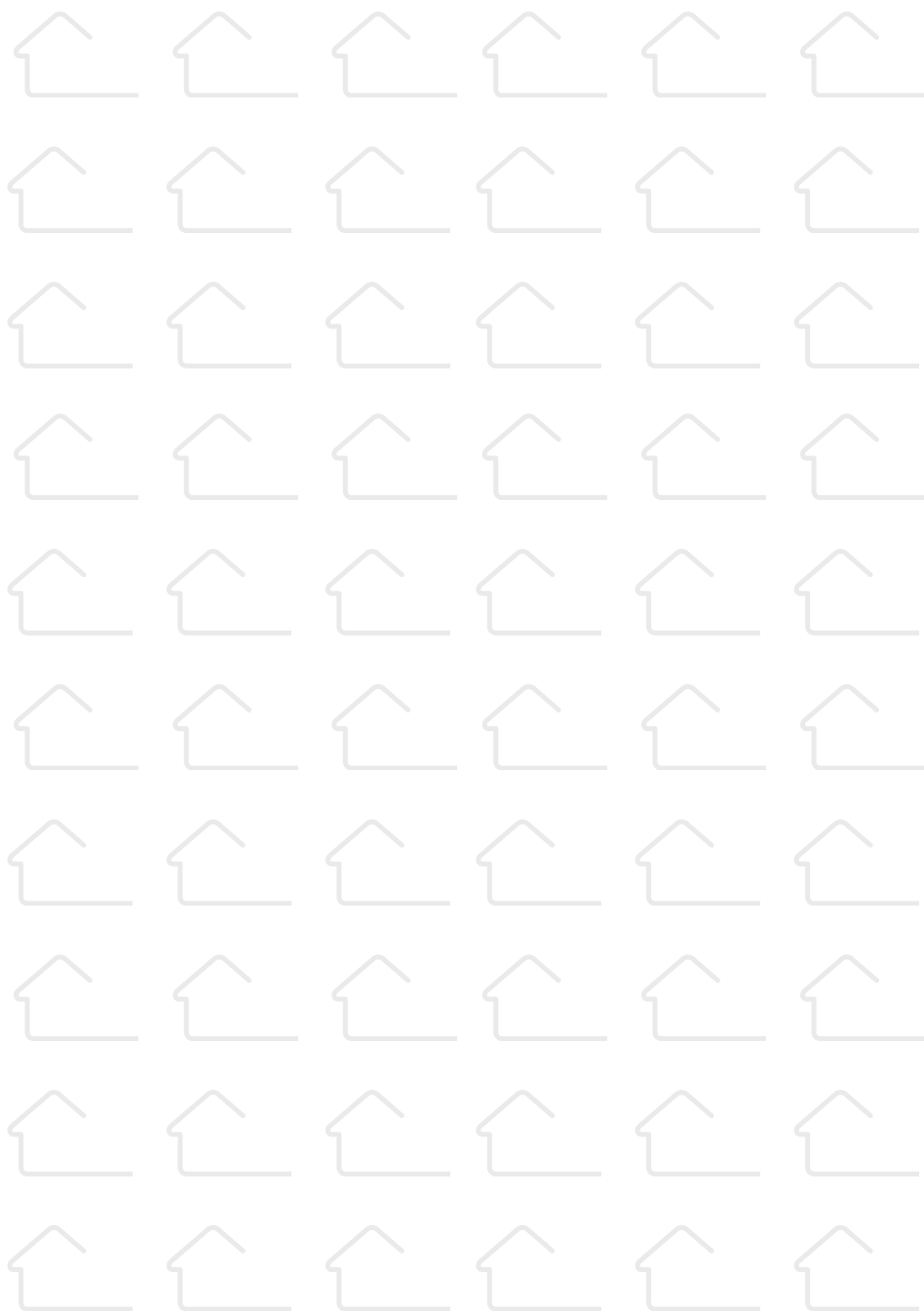
160 p.: il., color. - (Coleção Cadernos de Processos fundamentais de trabalho na APS; 4)

ISBN XX

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Processos de Trabalho. 3. Plano Terapêutico Singular. 4. Reunião de Equipe. 5. Territorialização. 6. Acolhimento.

I. Vianna, A. II. Lerm, B. III. Rodrigues, C., IV. Athaydes, G. V. V. Lowe, G. VI. Quadros, J. VII. Menezes, L. VIII. Sokoloski, M., IX. Buralde, M. X. Soares, P. XI. Nicola, T. Título.

NLM WA 320



SIGLAS

ACE - Agente Comunitário de Endemias
ACS Agente Comunitário de Saúde
AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco
AMPI - Avalia  o Multidimensional da Pessoa Idosa
APS - Aten  o Primária    Saúde
CAB - Cadernos de Aten  o Básica
CAPS - Centro de Aten  o Psicossocial
CBO - Classifica  o Brasileira de Ocupa  es
CDS - Coleta de Dados Simplificada
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS - Cartão Nacional de Saúde
CNV - Comunica  o Não-Violenta
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
DM - Diabetes Miellitus
e-SUS - Sistema Eletr  nico da APS
EMATER - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
eMulti - Equipes Multiprofissionais na Aten  o Primária    Saúde
EPS - Educa  o Permanente em Saúde
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - Equipe de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial
IVS -   ndice de Vulnerabilidade Social
PEC - Prontuário Eletr  nico do Cidadão
PNAB - Política Nacional de Aten  o Básica
PNH - Política Nacional de Humaniza  o
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS - Rede de Aten  o    Saúde
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
VD - Visita Domiciliar



SUMÁRIO

Apresentação



Territorialização



Reunião de Equipe



Acolhimento



Projeto Terapêutico Singular



Personagens dos casos



APRESENTAÇÃO

Prezadas equipes e gestores de Atenção Primária à Saúde do RS, é com grande prazer que apresentamos esta coletânea de publicações sobre processos de trabalho fundamentais da APS.

Esta coleção tem como intuito apoiar as equipes municipais de APS para desenvolverem processos de trabalho que vão ao encontro dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e que visam a qualificação e fortalecimento do cuidado ofertado à comunidade. São publicações rápidas, com um viés prático.

Em cada parte trabalharemos um processo importante para a APS, esclarecendo qual a sua importância e trazendo ferramentas para desenvolvê-lo e exemplos práticos.

Até o momento já temos descritos: a Territorialização, o Acolhimento, a Reunião de equipe e o Projeto Terapêutico Singular. A SES pretende lançar ainda novos volumes para a coletânea com outros processos de trabalho fundamentais para a APS.

Esperamos que os textos contribuam para a reflexão e qualificação das práticas na sua equipe.

Divisão de Atenção Primária à Saúde





Territorialização



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Atenção Primária à Saúde



Territorialização

Autoras

Aline von der Goltz Vianna
Beatriz Raffi Lerm
Karine Pazzini Carvalho
Janilce Dornelles de Quadros
Luiza Campos Menezes
Marina Soares Buralde

Setembro de 2024



Apresentação

A delimitação de territórios de forma político-administrativa é utilizada em diversos setores para organizar o acesso das pessoas às políticas públicas. Os estados, regiões, municípios e bairros são alguns exemplos destas demarcações formais. Entretanto, para além de uma mera divisão do espaço, o SUS compreende este território como um **espaço vivo**, onde as pessoas vivem, se relacionam, e é neste lugar, “usado” pelas pessoas, que se expressam condições socioeconômicas, relações políticas, de poder e se desenvolve o processo saúde-doença.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem no território seu lugar de atuação. Reconhecê-lo em sua diversidade de características, sejam elas demográficas, econômicas, sociais, culturais e epidemiológicas, norteia as práticas da equipe de saúde junto à comunidade. A Política Nacional de Atenção Básica (2017) tem na territorialização e adstrição uma de suas diretrizes:

Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele (PNAB, 2017).



- **O que se propõe a partir dessa diretriz?**
- **Como seria trabalhar a partir de uma lógica territorial?**
- **Como é feito um processo de territorialização?**
- **Qual a sua importância?**

Este volume busca lançar olhar para essas questões e mobilizar as equipes municipais de saúde do Rio Grande do Sul a desenvolver esse processo de trabalho fundamental da APS junto às comunidades em que atuam.

O que é o território?

Conceitualmente, o termo “território” é utilizado em diferentes áreas do conhecimento. Há aspectos que o caracterizam para a geografia, como espaço localizável, também há usos políticos do termo que se referem às relações de poder que ali acontecem, ou um olhar econômico como o lugar onde se desenrolam as relações de produção, e ainda **“o lugar onde a vida acontece”**.



Os territórios moldam e são moldados pela sociedade, pelas alterações do espaço urbano, realocação de populações, concentração de renda em alguns espaços da cidade e um afastamento de populações de baixa renda em outros, o que, muitas vezes, provoca em um mesmo território diferentes condições de vida, tendo repercussões importantes na saúde dos grupos sociais envolvidos.

Já para a saúde pública, o território é utilizado tanto para delimitar as áreas de atuação das equipes e organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), quanto para contextualizar e explicar o processo de saúde-doença nos espaços. Conhecendo as dinâmicas do território onde atuam, as equipes de saúde dispõem de mais ferramentas para a assistência em saúde, uma vez que exercitam o olhar voltado para questões de acesso, ou falta dele, que os indivíduos têm a determinadas estruturas sociais.

Assim, os territórios vão se conformando de diferentes maneiras e as desigualdades encontradas entre eles contribuem para a formação de diferentes perfis demográficos, epidemiológicos, econômicos, sociais, culturais e políticos, sendo um desafio quando pensamos na efetividade de garantia da universalidade, equidade e integralidade do cuidado e acesso à saúde.



A partir desses entendimentos, a saúde pública incorpora o olhar do território de forma ampla. Podemos entendê-lo a partir da distribuição da doença no espaço, em uma perspectiva epidemiológica, ou como dissemos anteriormente, podemos olhar para o espaço físico das cidades e estados para organizar os serviços no território e ainda podemos nos atentar para como as pessoas vivem nesses lugares e como isso afeta a saúde delas. **Como cada um desses olhares pode se relacionar com o nosso trabalho na APS? Quais as implicações para a nossa prática?**

QUEM FAZ PARTE DO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE APS?

Todas as pessoas que vivem na área que foi discriminada para o atendimento da equipe são consideradas parte de seu território. Se há comunidades indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua, migrantes, povos ciganos, pessoas privadas de liberdade (quando não há equipe de saúde prisional dentro do estabelecimento prisional), crianças e adolescentes em instituições de acolhimento institucional, idosos em instituições de longa permanência, dentre outros, devem ser atendidos e compreendidos como compondo o território de atuação da equipe.



Quadro 01: dimensões do território em saúde

	Dimensão	Exemplos de aplicação no cotidiano de trabalho
TERRITÓRIO NA SAÚDE PÚBLICA	Epidemiologia: evidenciar o lugar onde a doença, a morte e os nascimentos dos indivíduos e populações ocorrem, observando causas e riscos.	- Quantos nascimentos aconteceram no último ano? - Quantas gestantes são acompanhadas pela equipe? Esse número aumentou no último ano? - Quantos idosos residem nesse território? Eles têm seu risco estratificado? - Quais ações de planejamento sexual e reprodutivo estão sendo feitas? - Os casos de dengue estão concentrados em algum lugar do território? - Quantos hipertensos há no território? - Quantas pessoas com tuberculose?
	Organização e gestão dos serviços: identificar necessidades de saúde e compreender processos (acesso, deslocamentos, alocação de recursos) fluxos e mobilidade populacional.	- Qual a delimitação do território que minha equipe de saúde atua? - Qual a área de atuação de cada ACS? - Existem ACEs nesse território? - O CAPS (ou outro serviço especializado) é responsável por quais territórios? - As pessoas vivem neste território há muito tempo ou há constantes mudanças? - As pessoas conseguem se deslocar até a unidade de saúde de maneira simples?
	Dinamicidade Social: onde se materializam e se produzem a organização e modos de vida das pessoas e grupos, seus aspectos culturais, suas relações, seus papéis.	- Há situações de violência no território? Elas são identificadas e notificadas pela equipe da Unidade de Saúde? - Houve aumento de pessoas com sintomas de ansiedade? - Quem são as lideranças comunitárias? - Qual papel elas têm na vida das pessoas? - Há espaços de lazer no território? - Que aspectos culturais podem afetar o consumo alimentar da comunidade?



Caso



Ao longo da nossa leitura, conheceremos os territórios em que Equipes de Saúde da Família de dois municípios fictícios atuam...

A equipe de Saúde da Família (eSF) Sérgio Arouca atua no município de **Rouxinol**. Ele possui 2485 habitantes e fica a uma distância de 400km da capital do estado do Amora. Possui uma extensa área rural, sendo a economia do município baseada em agricultura familiar e as famílias, em sua maioria, são de baixa renda. O município tem IVS de 0,38, se enquadrando na categoria de média vulnerabilidade. Possui 100% de cobertura de APS.

Os profissionais da equipe trabalham juntos há vários anos e a APS é o único nível de atenção disponível no município. Parte dos serviços de atenção especializada estão localizados no município de **Violeta**, que é referência para a Região de Saúde.

Com o intuito de apoiar a eSF local e ampliar o escopo de cuidado na APS, a SMS pretende solicitar credenciamento de uma eMulti e, para definir quais categorias profissionais serão prioritárias, solicita à equipe às seguintes informações:

- *Quais são as maiores queixas da população do território?*
- *Quais são os desafios do cotidiano de trabalho na UBS?*
- *Quais são as principais características sociodemográficas e o perfil de morbidade da população atendida?*



Caso



Em reunião de equipe, a ACS Lúcia relembra que a última territorialização foi realizada em 2012, quando a maior parte dos profissionais iniciou na UBS.



Durante nossa caminhada de leitura, conheceremos também a eSF Nise da Silveira, que atua em uma comunidade da periferia da cidade de **Violeta**, um município de 435 mil habitantes. Os moradores, em sua maioria, possuem trabalhos informais ou atuam em uma indústria próxima. A cobertura de APS no município é de 63%, além de dispor de serviços de atenção especializada em sua rede, como hospitais e uma UPA. Seu IVS é 0,35, se enquadrando na categoria de média vulnerabilidade.

A rede de saúde do município passou por mudanças recentemente, com novos profissionais ingressando na gestão da SMS e nas eSF e eSB, se mantendo nas equipes apenas os ACS e técnica de enfermagem. Após algumas semanas de adaptação, Jussara (médica da eSF) e Aline (enfermeira da eSF), propõem para a equipe que se realize o processo de territorialização na comunidade em que atuam.

- *Será que atuar na eSF Sérgio Arouca é semelhante a trabalhar na eSF Nise da Silveira?*
- *Será que o perfil da população é semelhante? E as intervenções de saúde?*
- *Por que a SMS, a médica e a enfermeira gostariam de fazer um processo de territorialização? Qual a importância desse processo?*



O que é territorialização?

Territorialização em saúde é uma forma de entender melhor a área onde as pessoas atendidas vivem. Esse processo consiste na apropriação/conhecimento do território por parte das equipes de saúde, construindo o mapeamento a partir de diferentes dados, como a divisão geográfica do território, informações sanitárias, demográficas, epidemiológicas, entre outras. Para sua execução, é necessário se aprofundar no território e compreender a dinâmica da população local (como vivem, circulam nos espaços, trabalham, adoecem e morrem), para, a partir disso, gerar um diagnóstico do local.

Por que fazer?

Conhecer o lugar, as condições de vida e de saúde das pessoas que ali vivem, contribui para que possamos ofertar serviços de saúde centrado nas necessidades das pessoas e suas realidades. Os serviços de APS são descritos como de “base territorial”, isso quer dizer que estão inseridos na comunidade, próximos ao local de moradia das pessoas e são em grande parte das vezes o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde.



Para além de estar próximo ao local de moradia das pessoas, se inserir na comunidade permite à APS vivenciar em conjunto com as pessoas que atendem como é aquele território.

- **Quais os horários de maior movimento nas ruas?**
- **As pessoas se sentem seguras?**
- **De quais outros equipamentos e serviços as pessoas estão próximas?**
- **Como as pessoas vivem?**
- **Como são suas casas?**
- **Como circulam? Usam carro, andam a pé pelas ruas? Há transporte público? As ruas são asfaltadas?**
- **Há espaços de lazer?**
- **Há saneamento básico?**
- **Existe a oferta de alimentos *in natura* ou minimamente processados no território?**

Ao compartilhar o território com as pessoas que ali vivem, questionamentos como esses nos ajudam a compreender como a saúde das pessoas se produz nesses espaços. Conhecer o território de atuação potencializa que as equipes entendam o perfil das pessoas atendidas, como, por exemplo, ao saber se há mais pessoas idosas ou crianças, quantas gestantes tem na área, dentre outros aspectos.



Ainda, permite compreender qual o horário as pessoas irão conseguir acessar a unidade, a quais riscos podem estar expostas, a quais recursos elas têm acesso para promoção de saúde, prática de exercícios físicos e lazer. É importante entender também se a comunidade desenvolve atividades de modo conjunto ou não, se as vizinhanças se compreendem como rede de apoio. Esses são elementos fundamentais para pensar nas estratégias que a equipe irá adotar.

Se liga!

Fazer o diagnóstico do território propicia que a equipe planeje suas ações de forma mais assertiva, programando ações voltadas às condições de saúde e perfil populacional das pessoas, promovendo um cuidado que entenda como o contexto de vida na comunidade pode contribuir para a produção de saúde e doenças.

Quem faz?

É importante que **toda a equipe da APS** esteja envolvida na territorialização. Além dos profissionais da equipe mínima, a **eMulti** pode ser envolvida no processo. O reconhecimento do território, quando feito por diferentes núcleos profissionais, permite olhares diversos e complementares para aspectos da produção de saúde e



doença que ocorrem no território.

Conforme a PNAB, é atribuição de todos os/as profissionais das equipes de APS “participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades”. Ainda, conforme a PNAB, que recomenda a instituição de gerente de APS, compete a este/esta profissional “participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais”.

O processo de territorialização realizado pelas equipes deve contar, ainda, com a integração com a **Vigilância em Saúde** (sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador), que possibilitará identificar elementos que intervêm no processo de saúde e doença da comunidade, subsidiando o planejamento e tomada de decisão.

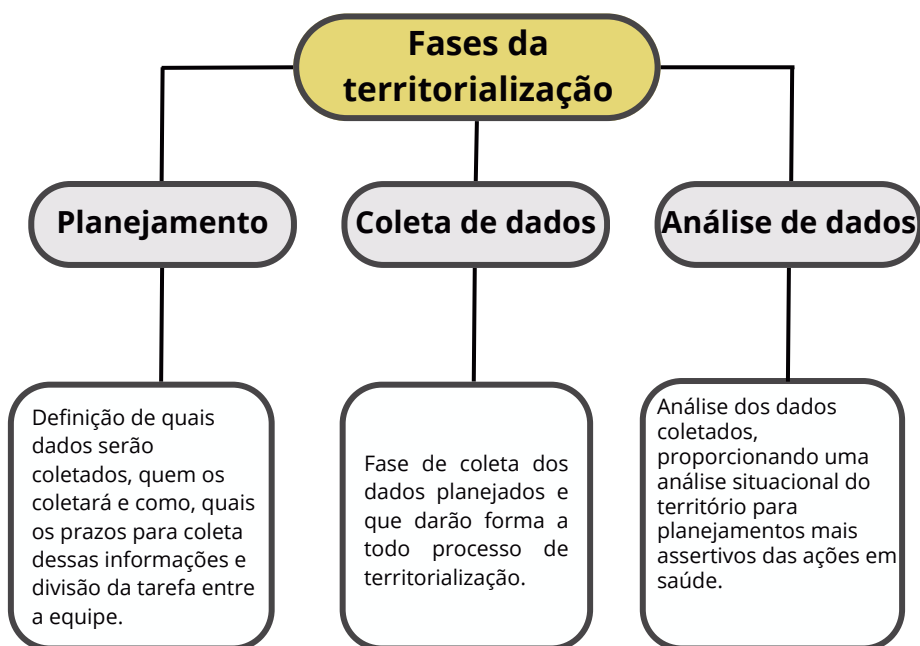
Podem ser solicitadas informações em formato sistematizado para estas áreas, mas também pode ser muito frutífero realizar discussões conjuntas e trocas de informações em reuniões do processo de territorialização.



Como deve ser feito?

O processo de construção do perfil e das necessidades da comunidade reúne um quantitativo grande de dados que são coletados de diferentes modos, pressupondo um método complexo. Uma sugestão é dividir em fases de execução, que, no entanto, devem ser consideradas de forma contínua, uma vez que o território é dinâmico e que o processo de territorialização é longitudinal.

A seguir é apresentada uma sugestão metodológica para a elaboração da territorialização em três fases: a fase de planejamento; a fase de coleta de dados/ informações; e a fase da análise dos dados coletados.





Caso



Vamos compreender cada uma dessas fases e acompanhar as equipes no processo de elaboração da territorialização.

Simone, a secretária municipal de saúde de **Rouxinol**, expos à equipe sobre a necessidade de atualização da territorialização, pois houve mudanças importantes no município nos últimos anos, como a migração dos jovens para cidades maiores, reduzindo o número de habitantes. Assim, a territorialização se faz necessária não somente para a contratação de novos profissionais, mas também para a qualificação das ações junto à população considerando as especificidades dos moradores daquela comunidade. Os trabalhadores afirmam que já conhecem seu território e perguntam como a secretária esperava que esse processo fosse feito.



Já a nova equipe de **Violeta** gostaria de compreender o perfil da população com a qual trabalharão, como são as ruas, as casas, onde fica a escola. Querem com isso, se aproximar da comunidade e suas necessidades, para oportunizar a melhoria no acesso ao serviço de saúde, definir quais ações de prevenção e promoção de saúde devem ser priorizadas e como a UBS pode funcionar de forma a melhorar a vida das pessoas. Durante uma reunião de equipe, os ACS pedem sugestões ao restante da equipe sobre como iniciar esse projeto.



Planejamento

O que queremos saber?
Qual a melhor forma de obter as informações?

O processo de territorialização acontece no cotidiano das equipes de saúde e se soma às outras muitas tarefas que já possuem. Dessa forma, a primeira fase auxilia na otimização do tempo e direcionamento para sua execução. Essa etapa é importante para a definição do que se deseja saber e como será a melhor maneira para obter essas informações. A compreensão da importância da territorialização pode ser promovida nas [reuniões de equipe](#), bem como na estruturação do planejamento, que deve ser realizado por todos os integrantes. Nessa fase, se define:

- **quais informações serão coletadas;**
- **quais serão as estratégias para conhecer melhor o território;**
coletas de dados em sistemas, visitas, percurso no bairro/comunidade...
- **definição das responsabilidades de cada membro da equipe e de prazos para obtenção dessas informações.**



É necessária também a definição de que tipo de dados serão reunidos. São importantes tanto dados oriundos de sistemas de informação, que já foram coletados ao longo do trabalho da equipe (a partir de prontuários, SISAB, dentre outros) ou dados primários, que são aqueles coletados diretamente pela equipe.

Esses podem ser feitos a partir de questionários ou de entrevistas junto a atores estratégicos da comunidade, além de dados observados, por visitas a moradias e caminhando pelas ruas do território.



Caso



Simone agendou uma reunião para o planejamento das ações. Ela questiona quando o mapa presente na UBS foi atualizado, sendo informada pelos ACS de que já faz alguns anos. O grupo decide iniciar pela atualização dos cadastros domiciliares, porque alguns moradores deixaram o município, mas ainda constavam no sistema. Após a conclusão dessa etapa, a equipe voltará a se reunir para a atualização do mapa e discussão da situação do território, a partir dos dados atualizados no SISAB. A partir do cadastro domiciliar é possível identificar questões socioeconômicas como condições de moradia, acesso a alimentação, entre outros. A ACS sugere ainda que a equipe se reúna com os líderes comunitários para ouvir sobre as principais demandas em saúde.



A equipe de **Violeta** decide que será importante que os novos profissionais realizem um reconhecimento do território, circulando pelas ruas, realizando visitas domiciliares e conhecendo os principais equipamentos do bairro. Os/as ACS afirmaram que recentemente atualizaram os cadastros, portanto, diversos dados já poderiam ser extraídos dos relatórios.



Coleta de dados

Quais dados precisamos para compreender a situação de saúde da comunidade?
Como podemos ter acesso a esses dados?

Para a coleta de dados, dispomos de quatro fontes principais:

- **acesso aos sistemas de informação em saúde;**
- **leitura dos prontuários das pessoas usuárias da unidade de saúde;**
- **observações *in loco*;**
- **entrevistas realizadas com informantes-chave do território.**

Busca ativa e atualização cadastral

Para que a territorialização se dê de modo efetivo, é fundamental que as equipes estejam com os cadastros atualizados. Assim, os/as ACS podem ficar responsáveis por fazer uma busca ativa, em cada casa, identificando se houve mudança de pessoas nas residências, complementando cadastros que estavam incompletos e atualizando situações de saúde que possam ter mudado ao longo do tempo.

A atualização cadastral deve ser um processo contínuo das equipes, não sendo exclusivo ao momento de territorialização. Entretanto, se no momento de desenvolvimento dessa ação, os cadastros estiverem desatualizados é fundamental que essa seja uma estratégia a ser adotada.



Caso

O município de **Rouxinol** iniciou o processo de atualização cadastral. Os/as ACS montaram uma programação para que ao longo de um mês pudessem visitar todas as casas em suas respectivas microáreas. Para dar agilidade ao processo, a SMS disponibilizou veículos para as moradias nas zonas rurais, que possuem grande distância entre as casas.

Muitos dos cadastros estavam incompletos ou eram apenas cadastros simples. Quando realizaram a atualização cadastral, foi possível identificar que em algumas casas estavam morando apenas pessoas idosas, que os filhos haviam mudado do município. Também perceberam que o número de acamados era superior aos que constavam no sistema anteriormente.



Relatórios

A equipe pode ter importantes informações a partir de relatórios consolidados e de produção que estão disponíveis no e-SUS. Caso tenha bons registros tanto a partir de cadastros atualizados em visitas domiciliares, quanto registros de prontuário eletrônico e CDS, terá nestes relatórios uma ferramenta muito útil de informação. Os **relatórios consolidados** são de três tipos: de **cadastro individual**, de **cadastro domiciliar e territorial** e da **situação do território**.

Os **relatórios de produção** reúnem as informações de ações realizadas e registradas pelas equipes, podendo ser extraídos conforme período de escolha: atendimento domiciliar, atendimento individual, atendimento odontológico individual, atividade coletiva, avaliação de elegibilidade e admissão, marcadores de consumo alimentar, procedimentos, procedimentos consolidados, resumo de produção, visita domiciliar e territorial, vacinação. A partir dos relatórios é possível identificar as atividades que têm sido desenvolvidas pela equipe, o número de consultas individuais e o perfil das pessoas que acessam o serviço, além das condições avaliadas.



[Manual eSUS APS](#)

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/e-sus>





Relatórios consolidados	Cadastro Individual	Cadastro Domiciliar e Territorial	Situação do Território
Como o relatório pode contribuir para o processo de territorialização?	Contribuem para a compreensão da distribuição populacional por faixa etária, sexo e outras características demográficas e socioeconômicas. Aspectos esses que afetam o acesso das pessoas aos serviços de saúde, além de contribuir para que a equipe planeje quais ações devem ser prioritárias.	As variáveis permitem realizar uma análise preliminar da situação de saúde na área de atuação das equipes, visando elaborar uma estratégia para enfrentar os condicionantes e os determinantes sociais que impactam a saúde da população atendida.	Apresenta informações gerais sobre a área de atuação das equipes de saúde. É possível extrair o dado de forma mensal ou uma série histórica, avaliando possíveis mudanças que aconteceram no território.
Quais informações você encontra no relatório?	Número de pessoas cadastradas, Identificação da pessoa / cidadão, Faixa etária, Sexo, Raça / Cor, Etnia, Nacionalidade, Informações sociodemográficas, Relação de parentesco com o responsável familiar, Ocupação, Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou, Situação no mercado de trabalho, Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica, Orientação sexual, Identidade de gênero, Deficiência, Outras informações sociodemográficas, Tipo de saída do cidadão do cadastro, Condições / Situações de saúde gerais, Sobre seu peso, você se considera, Doença respiratória, Doença cardíaca, Problemas nos rins, Cidadão em situação de rua, Tempo em situação de rua, Quantas vezes se alimenta ao dia, Qual a origem da alimentação, Tem acesso à higiene pessoal.	Tipo de imóvel, Condições de moradia, Situação de moradia / Posse da terra, Localização, Tipo de domicílio, Condição de posse e uso da terra, Tipo de acesso ao domicílio, Material predominante na construção das paredes externas, Disponibilidade de energia elétrica, Abastecimento de água, Água para consumo no domicílio, Forma de escoamento do banheiro ou sanitário, Destino do lixo, Animais no domicílio, Famílias - Renda familiar.	Também possui informações demográficas, número de pessoas em situação de rua.



Caso

Em um dos encontros para discutir a territorialização, a equipe de **Violeta** se reuniu para fazer um primeiro olhar para os relatórios consolidados de cadastro da população, observando os seguintes itens:

- Número de gestantes;
- Número de crianças menores de 2 anos;
- Número de adolescentes;
- Número de pessoas com mais de 60 anos;
- Número de pessoas com mais de 80;
- Número de pessoas com HAS;
- Número de pessoas com DM.

Além destes dados, chamou atenção da equipe o número de pessoas desempregadas e sem direitos trabalhistas assegurados e a demanda de saúde mental e o uso abusivo de substâncias.

Eles também olharam para relatórios de produção, analisando a cobertura vacinal, a realização de exame citopatológico, dentre outras informações.



Veja o relatório consolidado de cadastro analisado pela equipe...



CASO FICTÍCIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE AMORA
MUNICÍPIO DE VIOLETA
UBS NISE DA SILVEIRA

FILTROS: Data: 12/06/2024 | Equipe: 0101010101 NISE DA SILVEIRA | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Relatório de cadastro individual

Dados gerais

Descrição	Quantidade
Cidadãos ativos	2759
Saída de cidadãos do cadastro	900
Total:	1859

Identificação do usuário / cidadão - Faixa etária

Descrição	Masculino	Feminino	N. Inf.	Total
Menos de 01 ano	2	6	0	8
01 ano	20	14	0	7
02 anos	12	15	0	29
03 anos	16	17	0	25
04 anos	20	17	0	37
05 a 09 anos	95	78	0	173
10 a 14 anos	60	97	0	157
15 a 19 anos	100	130	0	230
20 a 24 anos	80	120	0	200
25 a 29 anos	60	128	0	188
30 a 34 anos	102	150	0	252
35 a 39 anos	64	170	0	234
40 a 44 anos	32	89	0	121
45 a 49 anos	50	99	0	149
50 a 54 anos	62	102	0	164
55 a 59 anos	80	95	0	175
60 a 64 anos	100	95	0	195
65 a 69 anos	55	96	0	151
70 a 74 anos	60	75	0	135
75 a 79 anos	20	35	0	55
80 anos ou mais	28	46	0	74
Não informado			0	0
Total:			0	2759

Identificação do usuário / cidadão

Descrição	Sim	Não	Não inf.
Desconhece nome da mãe			
Desconhece nome do pai			
Responsável familiar			

Identificação do usuário / cidadão - Sexo

Descrição	Quantidade
Masculino	1102
Feminino	1657
Não informado	0
Total:	2759

Identificação do usuário / cidadão - Raça / Cor

Descrição	Quantidade
Branca	1455
Preta	800
Amarela	
Parda	500
Indígena	4
Não informado	
Total:	2759

Identificação do usuário / cidadão - Etnia

Descrição	Quantidade
Não informado	0
Total:	0

Identificação do usuário / cidadão - Nacionalidade

Descrição	Quantidade
Brasileira	
Naturalizado	
Estrangeiro	
Não informado	
Total:	

Informações sociodemográficas - Relação de parentesco com o responsável familiar

Descrição	Quantidade
Cônjuge / Companheiro(a)	500
Filho(a)	900
Enteado(a)	50
Neto(a) / Bisneto(a)	80
Pai / Mãe	40
Sogro(a)	5
Irmão / Irmã	26



CASO FICTÍCIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE AMORA
MUNICÍPIO DE VIOLETA
UBS NISE DA SILVEIRA

FILTROS: Data: 12/06/2024 | Equipe: 0101010101 NISE DA SILVEIRA | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Informações sociodemográficas - Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou

Descrição	Quantidade
Creche	18
Pré-escola (exceto CA)	25
Classe de alfabetização - CA	19
Ensino fundamental 1ª a 4ª séries	390
Ensino fundamental 5ª a 8ª séries	800
Ensino fundamental completo	80
Ensino fundamental especial	6
Ensino fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª)	0
Ensino fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª)	12
Ensino médio, médio 2º ciclo (científico, técnico e etc)	900
Ensino médio especial	20
Ensino médio EJA (supletivo)	
Superior, aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	400
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	2
Nenhum	87
Não informado	0
Total:	2759

Informações sociodemográficas - Situação no mercado de trabalho

Descrição	Quantidade
Empregador	10
Assalariado com carteira de trabalho	600
Assalariado sem carteira de trabalho	250
Autônomo com previdência social	50
Autônomo sem previdência social	250
Aposentado / Pensionista	450
Desempregado	150
Não trabalha	600
Servidor público / Militar	21
Outro	300
Não informado	78
Total:	2759

Informações sociodemográficas - Crianças de 0 a 9 anos, com quem fica

Descrição	Quantidade
Adulto responsável	235
Outra(s) criança(s)	10
Adolescente	16
Sozinha	0
Creche	18
Outro	0
Não informado	2480
Total:	2759

Informações sociodemográficas - Orientação sexual

Descrição	Quantidade
Deseja informar orientação sexual?	
Sim	1000
Não	500
N. Inf	0
Heterossexual	955
Homossexual (gay / lésbica)	40
Bissexual	5
Outro	0

Informações sociodemográficas - Identidade de gênero

Descrição	Quantidade
Deseja informar identidade de gênero?	
Sim	50
Não	1450
N. Inf	0
Homem transsexual	2
Mulher transsexual	9
Travesti	2
Outro	0

Informações sociodemográficas - Deficiência

Descrição	Quantidade
Tem alguma deficiência?	
Sim	100
Não	2659
Auditiva	10
Física	30
Intelectual / Cognitiva	50



CASO FICTÍCIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE AMORA
MUNICÍPIO DE VIOLETA
UBS NISE DA SILVEIRA

FILTROS: Data: 12/06/2024 | Equipe: 0101010101 NISE DA SILVEIRA | Profissional: Todos | CBO: Todos | Filtros personalizados: Nenhum

Informações sociodemográficas - Deficiência

Descrição	Quantidade
Visual	5
Outra	5

Informações sociodemográficas - Povos e comunidades

A lista apresenta registros do LEDI versão 4.2.1 ou superior.

Descrição	Quantidade
É membro de povo ou comunidade tradicional?	Sim 4
	Não 1456
	N. Inf 1079

Outras informações sociodemográficas

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Frequenta cuidador tradicional?	12	1602	1147
Frequenta escola ou creche	1350	1013	409
Participa de algum grupo comunitário?	30	1703	1029
Possui plano de saúde privado?	200	1501	1009

Motivo de saída do cidadão do cadastro

Descrição	Quantidade
Mudança de território	0
Óbito	0
Total:	0

Condições / Situações de saúde gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Está acamado	8	1700	1150
Está com hanseníase	2	1658	1099
Está com tuberculose	6	1500	1253
Está domiciliado	30	1458	1059
Está fumante	600	1005	1154
Está gestante	20	600	2139
Faz uso de álcool	900	900	959
Faz uso de outras drogas	35	1200	1524
PIC	0	2004	755

Condições / Situações de saúde gerais

Descrição	Sim	Não	Não Inf.
Tem diabetes	191	1608	1105
Tem hipertensão arterial	483	901	1012
Tem ou teve câncer	35	1704	1140
Teve AVC / derrame	37	1672	1058
Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde	305	1275	1124
Teve infarto	23	1720	1100
Teve internação nos últimos 12 meses?	61	1576	1270
Usa plantas medicinais	251	1401	1120

Condições / Situações de saúde gerais - Sobre seu peso, você se considera

Descrição	Quantidade
Abaixo do peso	23
Peso adequado	1703
Acima do peso	356
Não informado	677
Total:	2759

Condições / Situações de saúde gerais - Doença respiratória

Descrição	Quantidade
Tem doença respiratória / no pulmão?	Sim 81
	Não 1682
	N. Inf 996
Asma	46
DPOC / Enfisema	12
Outra	23
Não sabe	0

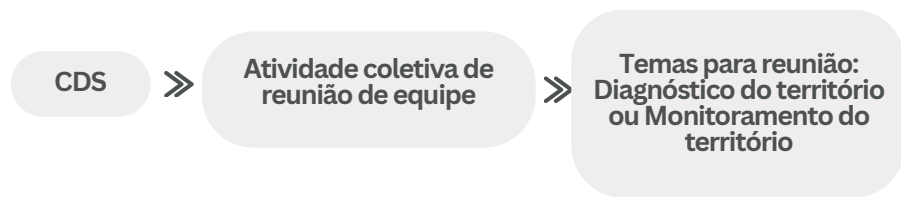
Condições / Situações de saúde gerais - Doença cardíaca

Descrição	Quantidade
Tem doença cardíaca / do coração?	Sim 127
	Não 1531
	N. Inf 862
Insuficiência cardíaca	9



O registro da territorialização no e-SUS

Conforme foi explicado, o processo de territorialização é uma construção da equipe de saúde e faz parte do trabalho cotidiano. Portanto, também deve ser registrado, sendo recomendável a utilização das [reuniões de equipe](#) para o seu desenvolvimento.



Estimativa rápida

A Estimativa Rápida é uma estratégia que contribui na identificação de necessidades de saúde, buscando aproximar de uma perspectiva que inclua o olhar da comunidade no processo. É uma estratégia rápida e de baixo custo. Busca coletar dados pertinentes e necessários, que reflitam as condições locais e situações da população. Para realizá-la podem ser feitas além das coletas de dados supracitadas, observações in loco e entrevistas com informantes-chave.



Observação *in loco*

Outra estratégia importante no processo de territorialização é que os/as profissionais possam reconhecer de forma ativa o local onde atuam, considerando esse como produtor de saúde. Como vimos, o território não é apenas o lugar físico, mas onde se dão as relações entre as pessoas. Ao longo desse processo, observa-se o ambiente físico, a estrutura, a limpeza, as condições de habitação, se há acessibilidade, dentre outros. O processo se dá pelo caminhar no território da equipe de saúde, realizando visitas domiciliares a casas (de forma pactuada com famílias e de uma maneira que não seja invasiva), conhecendo o comércio, áreas de uso comum e equipamentos da rede intersetorial.

Entrevistas realizadas com as pessoas que habitam o território (informantes-chave)

Também é possível fazer entrevistas com informantes-chave. Eles/elas são pessoas (atores sociais) que, por sua inserção e atuação no território, podem caracterizá-lo, contando a história e os problemas vivenciados, bem como destacar as necessidades da população que vive ali.



Os critérios para a escolha desses informantes dependem da realidade local e do grupo que realiza as entrevistas. De modo geral, os ACS são os atores que melhor conseguem identificar os informantes-chave, porque ambos vivem na mesma comunidade e, muitas vezes, já se conhecem. Exemplos de potenciais informantes-chave:

- **lideranças comunitárias ou movimentos sociais e/ou religiosos;**
- **moradores antigos;**
- **profissionais da rede de serviços intersetorial, entre outros.**

A entrevista deve ser realizada em ambiente protegido, de preferência externo à UBS, e, sempre que possível, gravada (solicitar autorização). A gravação ajudará na sistematização das informações. É importante que seja feito um roteiro de entrevista antes de ir a campo e ter claro que o objetivo desta é apreender sobre o território.



Caso



Também eram novos no território a equipe eMulti. Sandra (psicóloga) e João (assistente social) na eMulti de Violeta foram convidados para acompanhar algumas visitas domiciliares e realizar uma visita ao bairro. Enquanto isso, os profissionais da eSF planejaram entrevistas que teriam como objetivo entender as necessidades das diferentes microáreas através das seguintes perguntas:

- *Há quanto tempo você mora no bairro?*
- *Como você se sente vivendo aqui?*
- *Quais são as principais necessidades da comunidade?*
- *Como você se sente quando é atendido na UBS?*
- *O que poderia melhorar?*

Os/as profissionais se dispersaram pelas ruas, acompanhados do ACS de referência de cada microárea, e definiram que conversariam com alguns atores-chave, sendo eles: o proprietário da mercearia, a líder religiosa, e a presidenta da associação de bairro.

Sandra e Beatriz (ACS) saíram em direção à microárea III, caminhando seis quadras até chegar lá. Durante o percurso, Sandra percebeu que não havia calçada e comentou com Beatriz sobre como isso era um problema grave, principalmente para pessoas idosas e pessoas que usavam cadeiras de rodas.



Além disso, ela observou que havia acúmulo de lixo nas ruas e poucas árvores, uma paisagem bem diferente de onde ela residia, em outra região da cidade. Notou também que, diferente do lugar em que vivia, ali não tinha locais apropriados para o descarte de resíduos, e por isso, os cachorros acabavam espalhando os sacos de lixo pelo chão.

Ao chegar na casa de Dona Dulce, presidenta da Associação de Bairro, Sandra percebeu que a residência era simples, disponibilizada através de um programa de moradia popular. Dona Dulce era uma mulher de 70 anos e sua casa tinha uma escada em formato caracol. Conversando com a psicóloga, contou que vivia ali com a filha e a neta pequena e pediu para não repararem na bagunça, pois ali batia pouco sol e proliferava muito mofo, o que tornava difícil manter tudo limpo. Dulce disse que isso também era bem ruim para a neta que tinha asma.

Quando questionada sobre os problemas da comunidade, ela falou sobre a preocupação com a violência urbana e o tráfico de drogas. Dulce contou um desejo antigo dos moradores de que houvesse a oferta de contraturno escolar para as crianças e os adolescentes. Com relação à UBS, falou que tem muita fila de manhã cedo, que não está certo essa questão de ter fichas e disse que tinha que ter psicólogo todo dia ali, porque são muitas as demandas de saúde mental.



Análise de dados

Nesta fase, a equipe irá analisar os dados coletados e transformá-los em informações para compreender a situação de saúde da população e, a partir dessa compreensão, estabelecer o planejamento das ações.

Como vimos, ao longo do processo de coleta, buscamos diferentes tipos de dados: epidemiológicos, ambientais, econômicos, sociais e culturais. O momento da análise busca compreendê-los de modo integrado, a fim de entender melhor o território de atuação.

A partir das entrevistas, observações e dados dos sistemas, podemos buscar compreender alguns pontos.

- Considerando:
 - o perfil (etário, de gênero, raça/cor) e relacionando este com os dados de produção, estamos fazendo intervenções pertinentes às necessidades do território?
 - a infra-estrutura do território, quais possibilidades de espaço para promoção de saúde podemos construir e quais já existem?
 - o perfil demográfico e de trabalho da comunidade, como está nossa organização enquanto equipe, estamos conseguindo facilitar o acesso?
- Quais as principais necessidades de saúde citadas pelos entrevistados? Elas se assemelham às demandas que chegam para atendimento na UBS?



Análise de dados

Essas são só algumas perguntas que podemos nos fazer ao olhar para os dados. A equipe pode categorizar as respostas, agrupando as semelhantes, entendendo o que mais aparece e onde no território essas situações mais emergem, mapeando as demandas.

Dimensões de análise

Análise demográfica	Conhecer as características de uma população e sua evolução ao longo do tempo no território. A partir desta análise, é possível identificar qual gênero e faixa etária mais predominante no território da sua Unidade. Além disso, também podemos dimensionar as demandas analisando os dados demográficos da sua área: se as mulheres consultam mais do que os homens, se os grupos extremos de idade (crianças e idosos) utilizam mais os serviços e se o número de consultas aumenta de acordo com a idade.
Análise socioeconômica	Nas áreas com situação socioeconômica desfavorável, pode ocorrer um acúmulo de problemas e situações que oferecem risco à saúde da população. Nessas áreas, é importante que você e sua equipe procurem saber quais problemas são identificados pela comunidade, pois isso vai ajudá-los na priorização das ações.
Análise epidemiológica	Conhecer os agravos que mais afetam as pessoas e como esses se distribuem na área de abrangência, porque, como vimos, pode haver modos distintos de distribuição dentro de uma mesma área. Identificar essa distribuição é fundamental para direcionarmos as ações a quem mais precisa, promovendo um cuidado mais equânime.
Análise socioambiental	Dados sobre as condições de saneamento básico (coleta e tratamento de esgoto, destino do lixo, abastecimento de água potável, drenagem e manejo das águas pluviais), contaminação ambiental, presença de alagamentos, proximidade de rios e encostas, exposição a vetores (mosquito transmissor da dengue), são importantes para que a APS possa identificar os problemas ligados às questões ambientais e seus desdobramentos para a saúde humana.



Análise de infraestrutura	A partir da infraestrutura disponível em um território, como equipamentos de transporte, condições das ruas, a rede de energia elétrica, a rede de saneamento básico e edifícios utilizados para fins públicos – escolas, creches, segurança, entre outros, a equipe pode identificar parceiros e espaços, que podem ser utilizados para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.
Análise assistencial	São muitas as barreiras encontradas pelas pessoas para usarem serviços de saúde quando necessitam. As barreiras de acesso podem ser divididas em organizacional (horário de funcionamento da unidade; formas de agendamento; entre outros), sociocultural (percepção da pessoa sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico, falta de preparo das equipes frente à diversidade e características socioculturais, entre outros), geográfica (ladeiras, escadarias, alagamentos, ausência de transporte, entre outros) e econômica (energia e recursos financeiros para obtenção da assistência, custo do tratamento, entre outros).
Análise de aspectos políticos	Toda comunidade está organizada politicamente, algumas mais e outras menos. Dentre as possíveis maneiras de organização política de uma comunidade, encontram-se os Conselhos Locais de Saúde. No entanto, nem sempre esses estão formados ou são, de fato, atuantes. É importante que a APS identifique a existência ou não do Conselho de Saúde no seu território e como ele atua. Os profissionais de saúde devem ajudar a comunidade nessa organização, seja na formação dos conselhos ou no estímulo à sua maior atuação.



A equipe de **Rouxinol** inicia a discussão dos dados atualizados em reunião de equipe. Eles percebem que apesar do número de pessoas idosas ser bastante grande e ter muitas que não conseguem se deslocar até a UBS, estão conseguindo fazer poucos atendimentos domiciliares. Além disso, percebem que a demanda de saúde mental está aumentando. Os/as profissionais lembram o quanto a presença dos agrotóxicos e como as pessoas não usam equipamento de proteção pode estar relacionado a essa questão. Além disso, analisam como há poucos equipamentos comunitários. Depois da pandemia, a UBS não conseguiu fazer mais grupos e o Clube de mães também não tem feito atividades com a comunidade. Os extensionistas rurais da EMATER, que eram bastante ativos, também não têm mais grupos com as mulheres idosas. Ainda discutiram como, apesar do elevado número de pessoas idosas, a UBS está com baixo número de registros de atendimento para hipertensão e diabetes.



Já a equipe de saúde **Nise da Silveira**, do município de **Violeta**, percebeu em suas análises que apesar de ter muitas pessoas adultas em idade fértil cadastradas, há poucos registros de produção de ações de planejamento sexual e reprodutivo.



Outro aspecto que discutiram na reunião foi que as coberturas vacinais por faixa etária, em especial nas crianças menores de 2 anos, estão baixas.

Os/as profissionais também compartilharam as impressões das visitas que fizeram e das caminhadas no território. O acúmulo de lixo preocupa a equipe pelo possível aumento de criadouros de *Aedes Aegypti*, o mosquito transmissor da dengue.

João e Sandra, abordaram como seria importante somarem-se aos esforços das lideranças comunitárias em projetos de promoção de projetos de vida para os adolescentes do bairro. A médica e a enfermeira perceberam que há um baixo número de cadastro de adolescentes, que precisam olhar para essa questão.

A técnica de enfermagem retomou como nas conversas apareceu a questão da dificuldade de acesso à Unidade. A equipe como um todo compartilhou a preocupação com as fichas e conversaram também sobre as queixas com relação ao horário de atendimento da UBS.



Mapeamento das informações

O mapa também contribui para a análise. A partir de uma representação gráfica podem ser organizados e comunicados dados que dizem respeito aos territórios, como os objetos (casas, fábricas, parques, quadras de esporte, escolas), as redes que ligam esses objetos (ruas, ciclovias, rede de água, rede de esgoto), os fluxos das pessoas, as fontes de contaminação ambiental, os grupos populacionais segundo suas vulnerabilidades, entre outros.

O primeiro passo para fazer um mapa é conseguir a base cartográfica do território da UBS. Existem diversas ferramentas de georreferenciamento disponíveis. Algumas são de acesso livre e fácil utilização, como o *Google Maps* e *Tabwin*, que nos permitem inserir informações sobre nosso território de modo a facilitar a visualização de informações de grupos prioritários, como por exemplo idosos, gestantes e crianças menores de dois anos.

Esses mapas também podem ser fotocopiados em papel para servir como base do trabalho de campo. Vale lembrar que os mapas podem estar desatualizados, por isso devem ser complementados em campo, marcando sobre eles tudo o que é importante em relação à análise de saúde que você e sua equipe já realizam, conforme as etapas anteriores.



Não há uma única forma de fazer um mapa. Além dos formatos virtuais, você e sua equipe podem, por exemplo, colar num isopor e sinalizar os dados com tachinhas coloridas, criando uma legenda. Também podem reunir os dados por temas (ambiente, infraestrutura, marcadores etc.) e marcar sua localização no território em folhas finas e transparentes (folha de transparência, por exemplo), de modo que possa sobrepor os dados, conforme a necessidade. Como já citado, o mapa retrata o território, que é dinâmico, portanto precisa ser constantemente atualizado.

Por meio dos mapas, sua equipe pode trabalhar com as informações em saúde dentro de três perspectivas:

- das **áreas e microáreas**

Qual área/microárea concentra determinadas condições ou agravos?

- das **condições e agravos**

Onde estão localizados, por exemplo, os casos de dengue?

Onde há mais pessoas idosas?

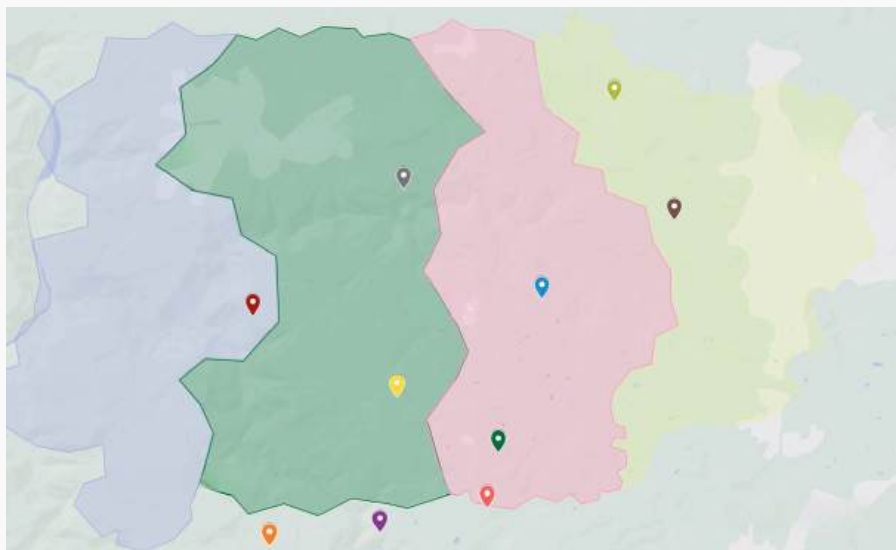
Onde ocorrem problemas de saneamento?); e

- das **tendências**

O que mudou ao longo do tempo?



Veja o mapa feito pela eSF de Violeta



Serviços e espaços importantes do território

- Unidade de Saúde Nise da Silveira
- Unidade de Pronto Atendimento Municipal
- Unidade de Saúde Professor Ricardo
- Centro Comunitário Municipal de Violeta
- CAPS II Violeta
- Indústria Textil
- Escola Estadual
- Creche
- Acolhimento de Adolescentes
- Escola Municipal

Unidade de Saúde Nise da Silveira

- Microárea I
- Microárea II
- Microárea III
- Microárea IV

nome

Microárea III



descrição

Gestantes - 7;
Crianças até 2 anos - 23;
Pessoas com HAS - 90;
Pessoas com DM - 26;
Pessoas em TDO para Tuberculose - 2



O [Telessaúde RS](#) possui um tutorial de uso de georreferenciamento utilizando a ferramenta *Google Maps* criado especificamente para uso pelas Equipes de APS.



Após a realização da coleta de dados, sistematização e análise, foi possível descobrir diversas novas informações sobre as pessoas do seu território, não? Mas e agora, o que fazemos com tudo isso? Para que o diagnóstico seja de fato utilizado no cotidiano da equipe é necessário partir para o próximo passo, o planejamento das ações com base no perfil e necessidades da população.

Planejamento a partir da territorialização

Como vimos, o processo de territorialização tem o objetivo de construir um diagnóstico do território com fins de qualificar a oferta de serviços de saúde centrado nas necessidades das pessoas e suas realidades. Para que isso ocorra, os resultados encontrados devem ser uma das bases para o planejamento das ações das equipes.

Para fazer esse planejamento pode ser necessária articulação entre equipes de APS e com outras equipes do município e diálogo com a gestão municipal. Também é importante avaliar a governabilidade das equipes de APS em relação aos problemas que foram encontrados durante o processo de diagnóstico, ou seja, quais ações



podem ser realizadas pelas equipes de APS e quais necessitam de articulação com outros setores ou são de responsabilidades de outras áreas. Alguns dos problemas encontrados podem ser de grande magnitude e extrapolam o escopo da área da saúde, como a violência ou o desemprego e, portanto, precisam de ações com outras áreas como educação, segurança pública e assistência social. Através de ações conjuntas desenvolvidas a médio e longo prazo é possível perceber o impacto na saúde da população.

Assim, a partir da territorialização, a equipe pode elencar os problemas identificados, que são de responsabilidade da UBS, priorizá-los e realizar uma análise desses:

- ***Quais são as raízes desse problema?***
- ***Como ele acontece no nosso território?***
- ***Quais estratégias podemos utilizar para minimizá-lo?***
- ***Com quem precisamos articular para efetivar as ações?***

Existem muitas técnicas que podem apoiar as equipes no processo de planejamento. O importante é que esse seja desenvolvido com a participação interdisciplinar da equipe, sempre que possível de forma participativa com a comunidade, e pode ser solicitado apoio externo da gestão municipal para que empregue estratégias metodológicas para a realização do mesmo.



[Planejamento e avaliação das ações em saúde](#)
[Planejamento Estratégico Situacional](#)





Caso

A partir do que foi identificado, a Secretária Municipal de **Rouxinol**, juntamente com a equipe, define que os/as principais profissionais a serem contratados/as para a eMulti serão dos núcleos de psicologia, fisioterapia e serviço social. Como ação prioritária, a equipe define que planejará visitas domiciliares entre médico, enfermeira e ACSs para as famílias com pessoas idosas e será feita a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para entender melhor o perfil dessa população e compreender se há questões de hipertensão e diabetes não identificadas ou sem tratamento.



Como ação inicial, a equipe Nise da Silveira de **Violeta** define que precisará organizar o acesso da UBS e traçaram um plano de ação para compreender a demanda e a partir dela definir as principais estratégias que serão necessárias para qualificá-lo.



Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- BARCELLOS, Christovam de Castro et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v. 11, n. 3, p. 129-138, jul./set., 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/713>
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Planejamento-2010.pdf
- COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina [recurso eletrônico], 86p. Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13957>
- FUINI, Lucas Labigalini. Território e territórios na leitura geográfica de Milton Santos. BGJournal: geosciences ans humanities research medium, v. 6, n. 1, p. 253-271, 2015. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/braziliangeojournal/article/view/28837>
- GIACOMAZZI, M.C.G.; TAKEDA, S. Guia para diagnósticos de comunidade no planejamento das ações coletivas de saúde: instrumento destinado às equipes de saúde. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 1999
- GONDIM, Grácia Maria de; MONKEN, Maurício. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendonça, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde no Brasil. SciELO - Editora FIOCRUZ: 2018. p. 143-175.
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (Org.). Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>
- MONKEN, Maurício. GONDIM, Grácia Maria de Miranda. Território: lugar onde a vida acontece. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 109-112. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39428>
- PINTO, Tiago Rocha. A territorialização na Atenção Primária à Saúde. In: PEPSUS (Programa de Educação Permanente em Saúde da Família) - CURSO: Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família e Territorialização, 2019. Texto da unidade 4. Disponível em: <https://avasus.ufrrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=269>



Reunião de Equipe



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Atenção Primária à Saúde



Reunião de Equipe

Autoras:

Aline von der Goltz Vianna
Ana Clara do Carmo Costa
Bruna de Vargas Simões
Carla Daiane Silva Rodrigues
Janilce Dorneles de Quadros
Laura Ferraz dos Santos
Luiza Campos Menezes
Priscila Helena Miranda Soares
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Tainá Nicola

Setembro de 2024



O que é?

As reuniões em equipe podem ser caracterizadas como momentos de diálogo, nos quais é possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada família, oportunidades para a socialização do conhecimento, planejamento conjunto e subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para a readequação do processo de trabalho, apresentação de informações técnicas e informes de gestão. Pode ter como objetivo:

☒	Discutir/Organizar processos de trabalho
☒	Discussão de casos e construção de Projetos Terapêuticos Singulares
☒	Definir metas
☒	Planejar ações preventivas, campanhas e ações extramuros
☒	Atualizar as informações e mudanças de diferentes setores
☒	Fortalecer as equipes, criar vínculos e integrar profissionais
☒	Monitorar e avaliar as ações implantadas e indicadores
☒	Feedback das reuniões anteriores
☒	Realizar a territorialização
☒	Realizar o planejamento da equipe a partir da territorialização



Quem faz/participa?

Todos os profissionais que atuam na equipe. As reuniões podem ser realizadas com a presença da eMulti e/ou equipes que atuam no território, como as do Programa Primeira Infância Melhor, ou por núcleo profissional ou pautas técnicas específicas.

Como fazer?

Recomenda-se que seja realizada de forma periódica, com frequência semanal ou quinzenal, nos momentos de menor movimento na UBS. Sugerimos que a reunião tenha aproximadamente duas horas e que ocorra no final do turno da manhã ou da tarde.

Se liga!

Equipes que ainda não instituíram dia e horário para a realização das reuniões podem fazer isso junto com a comunidade! Dessa forma, a comunidade participa do processo e fica ciente de que, naquele momento, os profissionais estarão reunidos com objetivo de melhorar a qualidade da assistência.



Por que fazer?

A reunião é essencial para potencializar o trabalho da equipe; neste espaço, é oportunizada a discussão de casos, a organização do processo de trabalho, a definição de metas, o planejamento de ações e avaliação de ações planejadas anteriormente, a atualização de informações, notas e fluxos, o fortalecimento da equipe, a criação de vínculos e a integração dos profissionais.

Elas também podem ser importantes dispositivos para a organização, estruturação e troca de saberes, qualificação e educação permanente dos profissionais, além de ser um espaço potencial para a tomada de decisões.

As ações multiprofissionais fazem parte do cotidiano das equipes e são nas reuniões de trabalho que elas se mostram efetivamente presentes.



Caso

A Secretária Municipal de Saúde do município de **Rouxinol** propõe que a equipe possa instituir reuniões semanais para discutir os relatórios e atualizações cadastrais identificadas na territorialização e para que assim possam sempre ter um espaço para discussão de casos, alinhamento de ações e planejamento.

A equipe diz que já tentou fazer reuniões periódicas, mas que as demandas não permitiram que continuassem e, muitas vezes, não tinham pautas e eram sempre as mesmas pessoas que puxavam a reunião. Se queixaram ainda que alguns colegas não queriam participar.

A Secretária, pela sua experiência em gestão, afirma que há metodologias que apoiam a construção de reuniões efetivas. Ela propõe participar no início junto com eles, para organizarem o processo, e, posteriormente, eles seguem sozinhos e podem convidá-la quando considerar que será pertinente.

Ela pergunta se tem algum horário ou dia da semana em que a UBS fica mais esvaziada. As sextas pela manhã é o período que consideram mais tranquilo. Combinam que levarão para a plenária do Conselho Municipal de Saúde para que possam usar o espaço da manhã de sextas para as reuniões.



Itens importantes para uma reunião de equipe efetiva

- 1** Definir e acordar horário, periodicidade, local e forma de organização da equipe para reunião.

Neste primeiro passo é fundamental pensar como a equipe irá se organizar:

- **Quem chamará a equipe para reunião?**
- **Como serão definidas as pautas de cada reunião?**

Ao final da reunião? Através de documento compartilhado para que os profissionais registrem os informes e pautas entre uma reunião e outra - em mural, caderno de atas ou documento online compartilhado?

- **Quem irá coordenar/conduzir a reunião?**
- **O atendimento à demanda espontânea deve ser organizada prevendo o momento da reunião de equipe.**



2 Criar um ambiente acolhedor

Ao início da reunião, o/a gestor/a ou responsável pela organização poderá relembrar a importância daquele espaço para o bom andamento do trabalho, valorizar a presença de cada um dos profissionais, suas vivências, conhecimentos e opiniões.

É necessário que os profissionais tenham claro que a reunião de equipe é um espaço de troca de saberes e construção de conhecimento, sempre visando a melhoria da qualidade no cuidado e um ambiente de trabalho mais positivo e motivador.

Pode ser necessário lembrar aos integrantes o respeito ao tempo de fala de cada profissional, o decoro e que não haja conversas paralelas ou saídas recorrentes para resolver outras questões, como demandas externas, telefonemas, entre outros.

3 Organização

É importante que sejam respeitados os horários pré definidos para iniciar e finalizar a reunião. No dia, poderá ser enviado um lembrete por parte do coordenador da reunião à equipe, relembrando horário e local acordados.



Pautas longas e que geram momentos de debate costumam ser positivas, mas é importante que o coordenador consiga manejar o tempo de discussão para dar conta de todas as pautas previstas/necessárias.

É válido, também, haver tempo estabelecido tanto para pautas, quanto para informes e que todos os integrantes da reunião possam colaborar em ambas e pautar assuntos. Caso haja um número de pautas e/ou informes que excedam o tempo de reunião, sugere-se que seja ou pactuado outro momento para continuidade da reunião, caso haja urgência, e/ou que sejam estabelecidos, antes do início das discussões, quais as pautas são urgentes e quais podem esperar a próxima reunião. Em uma reunião com muitos assuntos, não é recomendado deixar para o final a discussão das urgências.

4 Participação e comprometimento

Para que o objetivo da reunião em equipe seja alcançado, é importante que se reforce com todos os profissionais a importância da participação nas reuniões. Sempre que possível os membros da equipe devem conciliar agendas e/ou seus compromissos a fim de garantir a sua presença no dia e horário previamente determinados.



5 Finalização

Neste momento, pode-se fazer um breve resumo dos encaminhamentos, pautas, definições, atribuições e combinados decorrentes da reunião. Também é pertinente valorizar a presença e as contribuições de todos os profissionais e lembrar a data e horário definidos para a próxima reunião de equipe.

6 Ata da Reunião

A ata de reunião é um documento oficial, de preenchimento essencial nas reuniões de equipe. Trata-se de um arquivo, onde, durante a reunião, serão descritos os assuntos (pautas, informes, encaminhamentos e demais) debatidos naquele momento.

A importância da ata é justamente o registro do que foi exposto em reunião, para fins de respaldo, consulta futura e acompanhamento das questões pertinentes à equipe. Sobre a ata, é fundamental ter dois aspectos definidos:



- **Quem realizará o registro**

Haverá uma pessoa responsável?

Será organizada uma escala entre os profissionais?

- **Como será realizada a construção da ata**

Será em documento eletrônico?

Se não houver computador disponível no local de realização das reuniões, terá um caderno/pasta específico para tais documentos?

Itens que devem constar na ata de reunião:

- data;
- horário;
- nome dos presentes na reunião;
- nome do relator;
- assuntos debatidos (pautas, informes, questionamentos, encaminhamentos, posicionamentos, etc.)



[Vídeo: Reunião de equipe como ferramenta para vigilância em saúde na APS - Telessaúde Brasil Redes Mato Grosso do Sul](#)





Caso

Simone, secretária municipal, se reúne com a equipe na sexta seguinte e conta um pouco sobre os aspectos importantes para o desenvolvimento das reuniões. Matheus, médico da UBS, sugere que eles podem começar discutindo sobre demandas que estão aparecendo na UBS, e trocando informações que todos deveriam saber. Ele também se oferece para conduzir a reunião e a dentista Patrícia se voluntaria para fazer a ata. Como informes, a equipe conversa sobre o recebimento de um oxímetro e a contratação da eMulti. Como pauta, Matheus propõe que possam conversar sobre a situação identificada na territorialização, e a ACS Lúcia complementa que seria importante planejar as estratégias de avaliação das pessoas idosas do território.



Caso



Ata Reunião de equipe - Sextas das 10 às 12 horas

Dia: 16/06/2024

Presentes: Priscila, Lúcia, Tiago, Tabata, Sabrina, Patrícia, Matheus, Jéssica e Simone

Relatora: Patrícia

Informes	Responsável	Conteúdo	Encaminhamento
Recebimento de Oxímetro	Técnica de enfermagem - Sabrina	Recebemos um oxímetro do estado	Equipe define que o aparelho ficará na sala de procedimentos
Contratação eMulti	Secretária de Saúde - Simone	Foi solicitado via sistema o credenciamento da eMulti e o município já está sendo feito o edital para o concurso público	Secretária afirma que o Edital deve sair no fim do mês.
Pautas	Responsável	Conteúdo	Encaminhamento
Avaliação das pessoas idosas	ACS -Lúcia	A partir da territorialização foi identificado o grande número de pessoas idosas e a necessidade de fazer a Avaliação Multidimensional de cada um para estratificar riscos e identificar necessidades	Matheus, médico da UBS, fará o curso online sobre Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa e depois irá propor uma EPS para o restante da equipe na próxima sexta-feira

Pendências de retorno próximas reuniões
Sabrina apresentará horários, profissionais e escala pro dia de vacinação
Jéssica realizará encontro de EPS sobre Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa
ACSs apresentarão resultado da ação de busca ativa das pessoas idosas para iniciarem o planejamento das visitas e agendamento de consultas



O registro das reuniões de equipe no e-SUS

Além do registro em ata, todas as reuniões de equipe devem ser registradas no Sistema e-SUS, de acordo com o seguinte fluxo:

CDS » Atividade coletiva » Adicionar »

» Registrar: CNS do/a profissional responsável, CBO, CNES (preenchimento automático); data da reunião; turno da reunião; CNS dos profissionais participantes; número de participantes; atividade: reunião de equipe e temas para reunião.

Ficha de atividade coletiva

CNS do profissional responsável: [] CBO: [] CNES: [] INE: [] Data: []

Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite Programa saúde na escola: ☐ Educação ☐ Saúde

Local de atividade: Nº INEP (Escola / Creche): [] CNES: [] Outra localidade: []

Nº de participantes: [] Nº de avaliações alteradas: []

Profissionais participantes: CNS do profissional: [] CBO: [] CNES do profissional: [] CBO: []

Atividade:

- ☒ 01 - Reunião de equipe
- ☐ 02 - Reunião com outras equipes de saúde
- ☐ 03 - Reunião intersectorial / Conselho local de saúde / Controle social
- ☐ 04 - Educação em saúde
- ☐ 05 - Atendimento em grupo
- ☐ 06 - Avaliação / Procedimento coletivo
- ☐ 07 - Mobilização social

Temas para reunião:

- ☐ 01 - Questões administrativas / Funcionamento
- ☐ 02 - Processos de trabalho
- ☐ 03 - Diagnóstico do território / Monitoramento do território
- ☐ 04 - Planejamento / Monitoramento das ações da equipe
- ☐ 05 - Discussões de caso / Projeto terapêutico singular
- ☐ 06 - Educação permanente
- ☐ 07 - Outros



Educação Permanente em Saúde (EPS)

O Ministério da Saúde configura a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um modelo de aprendizagem no trabalho, no qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, possibilitando a transformação das práticas profissionais e acontecendo no cotidiano laboral. A EPS deve considerar a multidisciplinaridade das equipes que atuam no SUS, os problemas e as demandas do cotidiano, devendo se inserir no processo de trabalho, construindo o desenvolvimento individual e institucional.

O espaço da reunião de equipe configura-se como adequado para momentos de EPS, uma vez que propicia a aproximação entre diferentes saberes, contribuindo para a construção diária do processo de trabalho e para o planejamento da equipe de saúde. O gestor, em conjunto com a equipe, deverá planejar a periodicidade das atividades de EPS, o tempo destinado para este momento e o responsável pela atividade (profissional da equipe? eMulti?).



[Política Nacional de](#)
[Educação Permanente em Saúde](#)





O responsável pela atividade de EPS em determinado encontro deverá planejar a forma como irá abordar o tema (metodologia expositiva? Roda de conversa? Material on-line?).

Para que os momentos de EPS façam **sentido** para a equipe e sejam utilizados para agregar a prática profissional e ao dia a dia de trabalho, deve-se levar em conta as **necessidades** e **demandas** da equipe e do serviço, e as **expectativas** dos profissionais. Dada a importância disso, sugere-se que seja formulada uma matriz de EPS (que pode ser debatida e planejada durante uma reunião de equipe) com temas pertinentes advindos do cotidiano de trabalho.

Nesta matriz, deve haver o planejamento das temáticas abordadas nos momentos de EPS, a data prevista para realização da EPS para cada assunto e o responsável por cada uma destas atividades.



Assista a Live de formação sobre EPS feita pela SES para apoiar os municípios na construção dos encontros

[Live Educação Permanente na APS - Conceitos e Estratégias](#)





Caso



A equipe Sérgio Arouca seguiu fazendo as reuniões de equipe nos meses seguintes. A Secretária de Saúde Simone retornou a UBS e fez um momento avaliativo com eles sobre o espaço e a equipe avaliou que as reuniões contribuíram para a organização do trabalho e que os encontros de educação permanente foram muito importantes. Simone propõe que a equipe planeje para os próximos 3 meses encontros de educação permanente. A partir do caso da família de Joana (que gerou a construção de um PTS) a exposição à família a agrotóxicos suscitou a necessidade da equipe fazer um momento para dialogar sobre o tema.

Jéssica lembra que será importante discutirem as questões de saúde mental do território, também muito associadas a exposição à agrotóxicos. Tiago sugere que seja convidada a psicóloga da eMulti para conversarem, a Secretária afirma que será importante para pensarem sobre como organizarão o acolhimento e o atendimento à saúde mental em conjunto com a eMulti.

Sabrina, técnica de enfermagem, lembra que a equipe trouxe nas últimas reuniões que precisam melhorar a comunicação entre si, pois tem tido alguns conflitos. Bruna, assistente social da eMulti, contou para ela que tem formação em comunicação não-violenta, e pensam em perguntar para ela se poderia fazer uma EPS sobre. A equipe concorda com a proposta.



Caso

A partir do diálogo em equipe, é montada uma matriz de EPS para os próximos 3 meses e pactuado na ata da reunião quem irá fazer os contatos com Matilda e Bruna para participarem dos momentos.

Matriz de Educação Permanente em Saúde

Equipe de Saúde da FamíliaSaúde Sérgio Arouca
Ano 2024

Quando: Primeira reunião de equipe de cada mês

Data	Tema Central da EPS	Responsável
02/09/2024	Exposição à agrotóxicos: identificação e manejo	Matheus - Médico
07/10/2024	Saúde Mental na APS e construção de processos de trabalho integrados com a eMulti	Matilda - Psicóloga da eMulti
04/11/2024	Comunicação Não-Violenta	Bruna - Assistente Social da eMulti



Desenvolvendo a Comunicação Não-Violenta na reunião de equipe

No trabalho em equipe, é imprescindível que se considere o manejo adequado nas relações interpessoais.

"Para que a colaboração profissional aconteça, é essencial que os profissionais estejam preparados para lidar com desentendimentos, tornando o conflito um elemento positivo, onde as diferenças de opinião são vistas como saudáveis, na elaboração de interações construtivas."

(DINIZ; MELO; VILAR, 2021)

Em diferentes momentos do cotidiano de trabalho podem acontecer falhas de comunicação que resultam em tensões e conflitos na equipe. A reunião de equipe, como espaço de encontro entre todos os profissionais, pode ser um momento oportuno para trabalhar a comunicação entre todos os envolvidos.

Promovendo melhora nas relações, a saúde do/a trabalhador/a, alinhamento de estratégias e melhorando o engajamento da equipe e resolutividade de suas ações. Uma das metodologias que podem ser utilizadas para apoiar neste processo é a da Comunicação Não-Violenta (CNV).

É justamente na forma como nos comunicamos, ou seja, como falamos e ouvimos, e também como somos ouvidos pelos outros, que podem residir motivos para conflitos. Entendendo este processo e alterando a forma de comunicação, compreenderemos como solucionar e manejar situações conflituosas.



A perspectiva da Comunicação Não-Violenta compreende que na base do processo de comunicação estão quatro componentes essenciais. Para uma efetiva comunicação seria necessário tanto para quem fala ou se expressa não-verbalmente, quanto para quem ouve, conseguir demonstrar com clareza e receber com empatia esses aspectos:

1) OBSERVAÇÃO

diz respeito às circunstâncias que estamos percebendo e experimentando, as quais impactam nosso bem-estar

2) SENTIMENTO

refere-se à forma como nos sentimos em relação ao que estamos observando

3) NECESSIDADES

diz respeito ao que o indivíduo precisa, deseja, quais são seus valores

4) PEDIDO

refere-se às ações específicas que solicitamos a outra pessoa ao nos comunicarmos



[Guia prático para a Comunicação Não-Violenta \(CNV\)](#)





Caso

Bruna vai até a reunião de equipe Sérgio Arouca para realizar a EPS sobre Comunicação Não-Violenta. Ela aborda os principais conceitos da metodologia e para disparar o diálogo sobre a temática traz um estudo de caso para discussão da equipe.

“Maria é técnica de enfermagem de uma ESF e utilizou o espaço da reunião de equipe para expor de forma hostil e enérgica aos demais profissionais da unidade que durante a semana recebeu várias reclamações sobre a demora de atendimento na UBS. Salientou que, em um desses momentos, um paciente gritou com ela e foi estúpido. Segundo Maria, isso somente ocorreu porque o colega não tinha feito o trabalho dele direito. Abertamente, expôs que está sobrecarregada com essas situações e que deseja que algo seja feito imediatamente pela equipe.”

A partir do caso, Bruna abre para a discussão para que todos pudessem refletir:

- Como o processo da CNV pode contribuir para o entendimento e resolução da situação?
- O que Maria quer comunicar? Analisando a partir dos 4 componentes da CNV?



Caso



EXEMPLIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA		
ETAPA	SITUAÇÃO PROBLEMA	SOLUÇÃO
Observar sem julgar	Maria se manifesta sobre um problema enfrentado por ela durante a semana	Manter o decoro e o respeito pelo colega, escutando-o e garantindo seu momento de fala.
Compreender o colega	“Maria expõe de forma hostil e energética”	Entender que, em função dos acontecimentos vivenciados, o colega pode estar com dificuldades para conduzir a situação, sentindo-se raivoso, angustiado, etc.
Entender se existe um problema	“Recebeu várias reclamações sobre a demora nos atendimentos”; “Paciente gritou e foi estúpido”; “Colega não fez o trabalho”	Identificar possíveis problemas no processo de trabalho: acolhimento, percepção, organização, fluxo... Avaliar a aplicação de escuta qualificada ao paciente; Esclarecer relação entre profissional e paciente. Oportunidade para definição dos limites de interferência na execução de tempo e forma de trabalho do colega.
Desfecho	“Algo tem que ser feito”	Reorganizar o tempo de atendimento das agendas, escala de procedimentos, cartilhas informativas aos pacientes sobre as ações que a equipe executa, entre outros.



Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2007

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A.. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. Revista Ciência Plural, v. 7, n. 3, p. 137-157, 27 ago. 2021.

TRINDADE, Elaine Ap. Berlanga; CRUZ, Vanessa Santos; TRINDADE, Vanessa Santos. A aplicação da técnica de Comunicação Não Violenta (CNV) no relacionamento entre líder e liderado em ambiente de teleatendimento. Revista Intraciência, [S.L.], ed. 8, jun. 2014.



Acolhimento



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Atenção Primária à Saúde



Acolhimento

Autores

Aline von der Goltz Vianna
Ana Clara do Carmo Costa
Ana Claudia Pedroso Andrades
Anna Karina Martins de Oliveira
Carla Daiane Silva Rodrigues
Gabriel Azambuja Athaydes
Janilce Dorneles de Quadros
Kayla Nascimento Peixoto
Luiza Campos Menezes
Laura Ferraz dos Santos
Priscila Helena Miranda Soares
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Tainá Nicola

Setembro de 2024



O que é?

Entender o conceito de acolhimento em Atenção Primária à Saúde (APS) parte, previamente, do reconhecimento do seu papel enquanto integrante da rede de atenção à saúde (RAS). Sendo assim, devemos lembrar que a APS atua como a principal porta de entrada dos sistemas de saúde e a ela compete a organização e o ordenamento da rede, através da garantia de acesso às pessoas usuárias, qualificação das demandas visando a resolução dos problemas ou o encaminhamento, quando necessário. Portanto, acolher de maneira satisfatória e manter vínculo com as pessoas fortalece a eficácia e a continuidade das ações de saúde, além de favorecer a participação da pessoa durante a oferta de cuidado e a tomada de decisão.

A partir disso, devemos entender o acolhimento como parte integrante de todo o processo de trabalho na APS, sendo **um dos pilares da postura profissional ética voltada à solidariedade humana e um importante potencializador do vínculo.**

Ele deve estar presente em todas as etapas e percurso da pessoa dentro das UBS até a conclusão da sua demanda pela RAS, não estando limitado somente a uma oportunidade ou espaço físico.



O foco central do acolhimento deve estar na escuta, na percepção das necessidades das pessoas de forma legítima e livre de julgamentos, de modo a buscar a resolutividade dos problemas apresentados.

O acolhimento é um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo entendido como a **necessidade de humanizar o atendimento e a recepção da pessoa usuária no sistema de saúde com vistas à promoção de solução dos casos através de uma escuta qualificada e responsável, reconhecendo a pessoa como sujeito central na promoção da saúde.** Além disso, o acolhimento é uma **ferramenta essencial para a organização do processo de trabalho.**



O papel das eMulti no acolhimento

É fundamental reconhecer que a eMulti tem dois “públicos-alvo” diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e as pessoas em seu contexto de vida. Nessa relação, é fundamental que a eMulti crie mecanismos de **identificação e escuta das demandas das equipes e que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta às pessoas usuárias.**

A eMulti, portanto, deve ter escuta ativa capaz de identificar as principais demandas de suas equipes vinculadas, auxiliando na gestão do trabalho em suas unidades, assim como qualificar o acesso da população atendida.

As ferramentas apresentadas neste guia podem auxiliar também no acolhimento sob a ótica das eMulti potencializando ainda mais a resolutividade das equipes de APS.



Qual a diferença entre triagem e acolhimento?

TRIAGEM

- Processo de seleção de quem será atendido;
- Classificação para realização de consultas e procedimentos específicos.

Exemplo: distribuição de fichas e apenas aferição de sinais vitais



ACOLHIMENTO

- Escuta atenta e qualificada feita pelos/as profissionais;
- Orientação e respostas aos questionamentos das pessoas com resolutividade e responsabilização;
- Construção de vínculo;
- Garantia de acesso, continuidade da assistência e articulação entre serviços.



Como implementar e qualificar o acolhimento na APS

Para além de uma postura da equipe, o acolhimento é fundamental para organização do acesso das pessoas na UBS.

Partindo do princípio que o acolhimento é parte integrante de todo o processo de trabalho da APS, sua qualificação deve partir do levantamento:

- de dados epidemiológicos;
- do diagnóstico situacional;
- da identificação de problemas do território; e
- da análise da estrutura física e recursos humanos disponíveis.

Deste processo, participam membros da equipe e da comunidade. É importante, também, a participação do Conselho Local de Saúde, no desempenho de suas competências, como potencial gerador de mudanças sociais e melhoria das condições de vida da comunidade.



São princípios para qualificação ou implantação do acolhimento nos serviços de saúde:



Organização do serviço pautada nos princípios de responsabilidade territorial, adscrição de clientela, vínculo com responsabilidade clínico-sanitária, trabalho em equipe e gestão participativa.



Qualificação profissional para habilidades de escuta qualificada.



Execução dos protocolos multiprofissionais e interdisciplinares, com vistas à qualificação da assistência e definição de prioridades.



Para isso, são ações estratégicas:

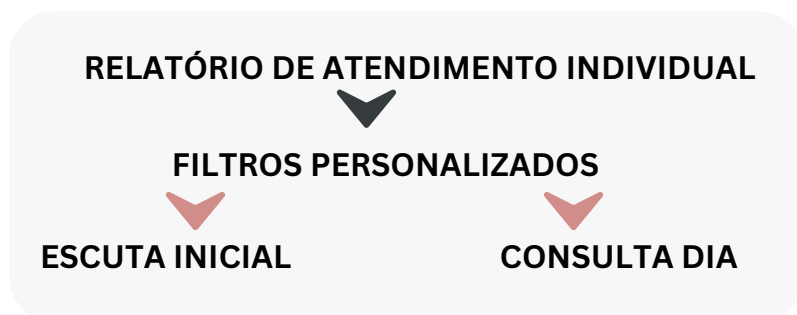


Diagnóstico das principais demandas e necessidades das pessoas

É realizado com base nas principais queixas decorrentes em demanda espontânea, e nas necessidades observadas e relatadas durante visitas domiciliares ou nos grupos.

A equipe pode avaliar relatórios do e-sus para identificar as principais queixas que surgem em demanda espontânea, podendo analisar o perfil de faixa etária das pessoas.

Pode ainda fazer um levantamento ao longo de um mês ou mais, por meio de uma planilha de quem tem vindo por acolhimento, em qual horário e com quais demandas para se identificar as principais necessidades das pessoas e os encaminhamentos que a equipe deu para esses.





Mapeamento do fluxo das pessoas no serviço

Outro ponto fundamental é compreender a partir dessas demandas quais os serviços são solicitados pelas pessoas usuárias. Após mapeá-las, é possível criar uma carteira de serviços e disponibilizá-la para que as pessoas entendam quais serviços estão disponíveis na UBS e ainda disponibilizar fluxos que demonstrem como elas podem acessá-los.

A equipe pode seguir fazendo o levantamento diagnóstico destacando quais os principais “acessos” que as pessoas fazem. Ao longo de um mês, quantas pessoas buscaram a UBS para:

Realizar vacinas?
Renovar receitas?
Fazer curativo?
Realizar uma consulta agendada?
Sintomas para consultas no mesmo dia?

Integração entre atenção e a gestão

Para o planejamento das ações é importante envolver a gestão (coordenação de AB e/ou Acreditado(a) de Saúde) nestas pactuações de organização de acesso e acolhimento.



Análise contínua das dificuldades, tentativas sem resultados positivos e avanços

Sempre que a UBS alterar fluxos e desenvolver estratégias de acesso é importante a comunicação com a comunidade e o estabelecimento de momentos de avaliação, tanto em equipe, quanto com as pessoas usuárias para identificar avanços e desafios e repactuar combinações, caso necessário. Essa avaliação pode ser feita 30 ou 60 dias após a implantação de um processo novo.

Educação Permanente (EP)

A construção e pactuação de ações que orientem a renovação do trabalho/serviço e promovam aprendizagens coletivas deve ocorrer sempre que apontada a necessidade por algum membro da equipe ou oriundo da comunidade. Recomenda-se que a EP tenha caráter permanente e periódico, além de ser fomentada pela gestão, com base nas necessidades dos trabalhadores, da comunidade e conforme atualizações de documentos técnicos do MS, estado e conselhos profissionais.



Conhecer a rede de atenção a saúde do território

Como vimos no [volume desta coletânea sobre Territorialização](#), é fundamental que todos os profissionais da UBS conheçam os serviços e equipamentos ofertados para comunidade da rede setorial e intersetorial. Além disso, devem conhecer os serviços de referência para atenção especializada, de modo a orientarem as pessoas usuárias e buscar a garantia da continuidade do cuidado.

Levantamento e análise da organização do serviço e dos principais desafios enfrentados

A partir do diálogo com a comunidade, como por exemplo, no processo de territorialização, ou em consultas, grupos, participação no conselho local de saúde, é importante que avalie como está a organização da UBS para a população. As pessoas atendidas conhecem os fluxos da Unidade? Eles são condizentes as suas necessidades? Quais serviços elas acreditam que precisam ser qualificados na UBS? Há dificuldades para acesso a outros pontos de atenção?



Estabelecimento de protocolo de classificação de risco para atenção à demanda espontânea

Quando as pessoas buscam atendimento na UBS elas são atendidas por ordem de chegada? A equipe adota algum protocolo de classificação de risco?

A adoção de protocolos de classificação de risco são importantes para que se possa priorizar atendimentos que têm potencial risco, identificando aquelas pessoas que precisam de atendimento imediato e aquelas que poderiam aguardar por atendimento.

O [Caderno de Atenção Básica nº 28](#) de Acolhimento à Demanda Espontânea apresenta uma série de protocolos de classificação de risco conforme situação de saúde.



Destacamos ainda o [fluxograma de casos suspeitos de dengue](#) que devem ter classificação de risco específica para manejo adequado.



Aplicações práticas da classificação de risco:

Atendimento imediato

parada cardiorrespiratória; infarto; choque, gestantes com queixa de cefaleia intensa, perdas vaginais ou ausência de movimentos fetais, pessoa com convulsão, entre outros;

Atendimento prioritário

febre sem complicação; crise de asma; suspeita ou confirmação de qualquer tipo de violência; crise de ansiedade; sintomas de abstinência, suspeita de IST, dengue, Mpox, Covid-19, entre outros;

Atendimento do dia

renovação de receita de pessoa sem medicação, coleta de citopatológico de mulher em atraso no exame; atendimento de pessoa com condição crônica (alto e muito alto risco) que está há um longo período sem ir na unidade;

Atendimento a ser agendado

renovação de receitas; acompanhamento de condição crônica (pessoa estável); consulta de rotina de pré-natal ou puericultura; necessidade de VD (avaliar a urgência junto à pessoa e equipe), entre outros.

Ressalta-se que as situações apresentadas são apenas exemplos, cabendo ao município, em conjunto com seus serviços de APS, definirem as situações mais prevalentes no território e organizar protocolo municipal para classificação de risco na APS, considerando a rede de saúde local e a estrutura da APS (recursos físicos e conformação das equipes). Além disso, não basta olhar o risco somente em termos clínicos, pois há condições que o acolhimento representa grande oportunidade de realizar o cuidado daquela pessoa.



Caso



Silvia, que trabalha como diarista, passou a noite anterior em claro, pois Gustavo, seu filho de três anos, teve febre e estava tossindo muito. Antes de ir trabalhar, levou Gustavo em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), demorando 35 minutos para chegar ao local de ônibus. Chegando lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Chegou para atendimento junto à equipe **Nise da Silveira** às 10 horas da manhã, informando que a UPA a encaminhou com o filho. Gisele, técnica de enfermagem, disse que infelizmente não conseguiria atendimento para ela no turno da manhã, porque as fichas tinham acabado às 9h. Irritada e preocupada com a criança, Silvia resolveu levar o filho a um pronto-socorro mais distante, perdeu o dia de trabalho, mas conseguiu atendimento. No mesmo dia, Gisele que estava fazendo as escutas iniciais, percebeu que várias pessoas buscaram atendimento por condições crônicas, renovação de receitas.

A situação de Silvia demonstra a importância de se realizar um acesso pautado na classificação de risco, uma vez que a seu filho tinha uma demanda aguda e não teve atendimento no dia, enquanto outras pessoas que poderiam ter consultas agendadas foram atendidas no dia, pois conseguiram uma ficha.



Estratificação de risco das principais populações ou condições de saúde

A estratificação de risco das pessoas atendidas contribui para se ofertar o cuidado mais oportuno para cada uma delas, além de contribuir para a organização do acesso. A partir desta estratificação, é possível compreender quantas e quais pessoas:

- precisarão de estratégias de promoção e prevenção de saúde;
- quantas vão ter intervenções mais direcionadas a sua condição de saúde;
- e aquelas que precisarão de intervenções mais complexas e até mesmo de estratégias de gestão de caso como [o Projeto Terapêutico Singular](#) e intervenções compartilhadas com serviços especializados.



Acesse o [Guia da Planificação das Redes de Atenção à Saúde](#).



IMPORTANTE!

A SES-RS possui orientações técnicas para classificação de risco de diversos grupos de pessoas atendidas na APS. A equipe deve estar atenta às orientações para que seja ofertado o melhor cuidado a depender da situação de saúde.



Estratificação de risco das principais populações ou condições de saúde



Conheça as orientações técnicas para classificação de risco que estão disponíveis no nosso site



[Gestantes e Puérperas](#)



[Crianças menores de 2 anos](#)



[Pessoas Idosas](#)



[Pessoas com Hipertensão](#)



[Pessoas com Diabetes](#)



[Pessoas com Feridas](#)





Caso

Após a situação que ocorreu com a família de Silvia e a partir do processo de **territorialização**, a equipe de saúde da família Nise da Silveira identificou a necessidade de organização do acesso à UBS. As pessoas eram atendidas por ordem de chegada e eram distribuídas fichas no início do turno. Como foi visto, era algo que a população se queixava bastante e não era possível priorizar atendimentos que eram necessários.

Em **reunião de equipe** para realização do planejamento das ações foi elencada como prioritária a organização do acesso. Foi decidido que o primeiro passo seria criar uma planilha na qual seria registrado todas as demandas das pessoas que acessassem a UBS no próximo mês, além de identificação do perfil da população que acessa. Além disso, a equipe iria consultar o e-sus para identificar uma série histórica do número de atendimentos por tipo de atendimento.

Sexo	idade/perfil	Demanda	Local de atendimento
() F () M	() 0 a 2 anos () gestante/puérpera () 2 a 12 anos () 12 a 18 anos () 19 a 64 anos () 65 a 79 anos () maior de 80 anos	() consulta médica () consulta enfermagem () consulta odontologia () renovação de receita () retirada de medicamento () resultado de exames () marcação de consulta () vacina () curativo/procedimento	() recepção () escuta inicial () farmácia

Ao longo deste mês, a equipe também fez ações de educação permanente para compreender diferentes formas de acesso à UBS.



E AGORA?

A partir dessas ações, podem-se programar quantas consultas de demanda espontânea e programada serão disponibilizadas, quantas consultas serão destinadas aos retornos de rotina, como organizar a agenda médica, da enfermagem e da odontologia e como organizar o atendimento nas salas de procedimentos e de vacinas, na farmácia e em outros setores da Unidade de Saúde.

O acolhimento nas estratégias de organização de acesso

O acolhimento em saúde se relaciona com as estratégias de acesso na APS, as quais não necessitam seguir um padrão comum a todos os serviços, devendo responder às necessidades da comunidade assistida, ao diagnóstico comunitário, às particularidades da população e à conformação da equipe. Nesse sentido, para materializar processos em que o acolhimento acontece, são apresentadas algumas estratégias de acesso que podem ser adotadas, juntas ou individualmente, pelos serviços no planejamento em saúde, ou seja, apesar de diferentes, elas podem ser combinadas para a otimização da assistência prestada.

Cabe destacar a importância de os profissionais de nível superior garantirem apoio e respaldo aos profissionais de nível médio que estiverem realizando a primeira escuta de acolhimento, caso essa conformação se estabeleça. Deste modo, pactuações



entre a equipe e discussões de casos são necessárias.

Demanda espontânea

O acolhimento à demanda espontânea está diretamente associado ao caráter de “porta de entrada” da APS, na garantia de que o serviço esteja sempre disponível à população, uma vez que acolhe as necessidades das pessoas no momento em que essa busca o serviço.

Trata-se, portanto, de uma escuta sem agendamento prévio, realizada em tempo oportuno e condizente com a situação clínica do paciente, ocorrendo mediante busca e interesse da pessoa atendida.

Essa estratégia abrange diferentes necessidades e níveis de prioridade, desde casos mais agudos até demandas autopercebidas, ou seja, que a pessoa julgue importante para a própria saúde. Posteriormente, o seguimento do atendimento irá ocorrer conforme a demanda e/ou condição clínica, resultando em atendimento no dia ou agendado.



Caso



Antônio, pegou uma ficha para atendimento dia. Na escuta inicial identificou-se que ele queria realizar a troca do primeiro curativo após uma lesão derivada de acidente de trabalho. Por não ser uma atividade agendada, após passar pela recepção, ele foi encaminhado à sala de procedimentos e a técnica de enfermagem, Gisele, o atende. Durante o procedimento, ela perguntou como o paciente estava, *se seguia trabalhando, se vinha sentindo mais alguma coisa desde o último atendimento, como estava sua família, perguntou por sua mãe, que não ia à Unidade há algum tempo*. Antônio respondeu que sua mãe, Dona Clara de 80 anos, encontrava-se acamada após um acidente vascular encefálico recente, em que ficou internada por 20 dias, não tendo sido vista pela equipe da UBS ainda.

Após finalizar o curativo e passar as orientações devidas, Gisele procura o ACS Marcio para comunicar a necessidade de realizar uma Visita Domiciliar (VD) em conjunto com um profissional de nível superior que possa fazer uma avaliação das necessidades atuais de cuidado e acompanhamento de dona Clara. Marcio aproveita para atualizar os dados de cadastro de Antônio e informa que entrará em contato para combinar o dia da VD.

A escuta atenta na realização do procedimento permitiu a equipe identificar outras necessidades da família.



Caso



Assim, o atendimento à demanda espontânea de Antônio gerou o acolhimento da demanda de sua mãe, que por estar acamada necessitava de uma VD. A técnica de enfermagem atenta compreendeu outras necessidades daquela família.

A partir deste caso, é possível perceber como o acolhimento, e uma escuta atenta às demandas das pessoas, se dá em qualquer momento do atendimento e não se restringe à sala de escuta inicial. A partir desta postura acolhedora foi possível identificar outras intervenções necessárias para o atendimento à família.

Outro ponto a ser destacado é que na UBS não havia um fluxo específico para realização de procedimentos, assim, Antônio acessou via atendimento do dia. É fundamental que a equipe pense nos diferentes fluxos que são necessários para o atendimento à comunidade.



Agendamento

A utilização da estratégia de agendamento é bastante importante para o atendimento das condições dos ciclos de vida e de condições crônicas na APS, como as consultas programadas de pré-natal, puerpério, puericultura, saúde das mulheres (quando não há interesse por parte da pessoa em realização da consulta no dia, comum em casos de coleta de exame citopatológico de colo uterino) e acompanhamento de pessoas com diabetes e hipertensão.

IMPORTANTE!

Não é considerado adequado a instituição de "Dia de", por exemplo, "Dia de coleta de CP", "Dia de Pré-natal", pois essas estratégias de definição de dias podem se configurar como uma barreira de acesso.

Algumas medidas podem auxiliar no sucesso da adesão às agendas e reduzir o risco de absenteísmo, principalmente quando os agendamentos forem realizados a longo prazo. Para isso, sugere-se que se realize um contato mais próximo da data da consulta, seja por meio telefônico, por aplicativo de mensagens utilizado na Unidade ou através do contato realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) para lembrete/confirmação do atendimento.



A agenda também pode atuar como uma importante aliada na busca ativa de pessoas há muito tempo ausentes no serviço de saúde, como as pessoas com condições crônicas. Dessa forma, oportuniza-se a avaliação através de um horário previamente definido conforme a disponibilidade da pessoa a fim de manter o acompanhamento longitudinal.

Nas ações de turno estendido ou aos finais de semana, os agendamentos oferecem oportunidades de atendimento fora do horário comercial, o que pode aumentar a satisfação das pessoas usuárias com o serviço e mais sensível as necessidades do território, ampliando a garantia de direitos à saúde à população trabalhadora também. Cabe ressaltar que nestes períodos de atendimento a agenda deve sempre complementar às ações já desenvolvidas em outros momentos no serviço, mantendo a atenção à demanda espontânea.

Quanto à construção e composição das escalas que compõem a rotina de trabalho no serviço de APS, sugere-se optar por estratégias de atendimento breve e organizar um modelo híbrido, com agendamentos programados, demandas do dia, atividades em grupo, assistência domiciliar, educação permanente e atividades administrativas, de gestão e vigilância, sempre garantindo a autonomia do paciente.



Exemplo de agenda a partir de bloco de horas de 20 minutos

HORÁRIO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
08:00	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
08:20	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
08:40	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
09:00	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
09:20	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
09:40	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
10:00	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
10:20	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	D. espontânea	Ed. permanente
10:40	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	Consulta prog.	Ed. permanente
11:00	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo	Consulta prog.	Ed. permanente
11:20	Consulta prog.	Atividade admin.	Atividade admin.	Consulta prog.	Atividade admin.
11:40	D. espontânea	Atividade admin.	Atividade admin.	Atividade admin.	Atividade admin.
12:00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
13:20	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
13:40	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
14:00	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
14:20	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.	Consulta prog.
14:40	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
15:00	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea	D. espontânea
15:20	Ed. permanente	D. espontânea	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
15:40	Ed. permanente	Consulta prog.	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
16:00	Ed. permanente	Consulta prog.	Consulta prog.	Visita dom.	Grupo
16:20	Atividade admin.	Consulta prog.	Consulta prog.	Atividade admin.	Atividade admin.
16:40	Atividade admin.	Atividade admin.	D. espontânea	Atividade admin.	Atividade admin.

SE LIGA!

Independente da estratégia de acesso adotada, o acolhimento deve ocorrer à livre demanda, ou seja, desde a primeira hora de funcionamento da Unidade até o seu fechamento.



Acesso avançado

O acesso avançado é uma das estratégias de organização dos serviços de APS. Essa organização parte da premissa:

“Faça o trabalho de hoje, hoje!”

Na prática, isso quer dizer que se deve **evitar agendamentos futuros e permitir o atendimento breve das pessoas independentemente se sua demanda for urgente, de rotina ou prevenção**. Dessa forma, o Acesso Avançado busca preencher a lacuna existente entre a oferta e a demanda, evitando filas e diminuindo o absenteísmo. Assim, acaba favorecendo a continuidade do cuidado e organização da RAS.



Nesse modelo, preconiza -se que os atendimentos sejam realizados no mesmo dia ou em até 48h, seguindo a lógica de divisão por equipes. No entanto, algumas atividades podem ser agendadas com mais prazo de acordo com a demanda das pessoas, como uma visita domiciliar ou uma consulta de retorno.

Como vantagens do acesso avançado podemos destacar:

- 1. A otimização da resolutividade reduzindo os retornos evitáveis aos serviços de saúde;**
- 2. A identificação precoce de agravos;**
- 3. A redução da evasão, absenteísmo e potencial fortalecimento do vínculo; e**
- 4. A redução das filas e atendimento breve oportuniza à pessoa usuária a busca do serviço quando esse realmente necessita de atendimento, evitando a sobrecarga da equipe.**



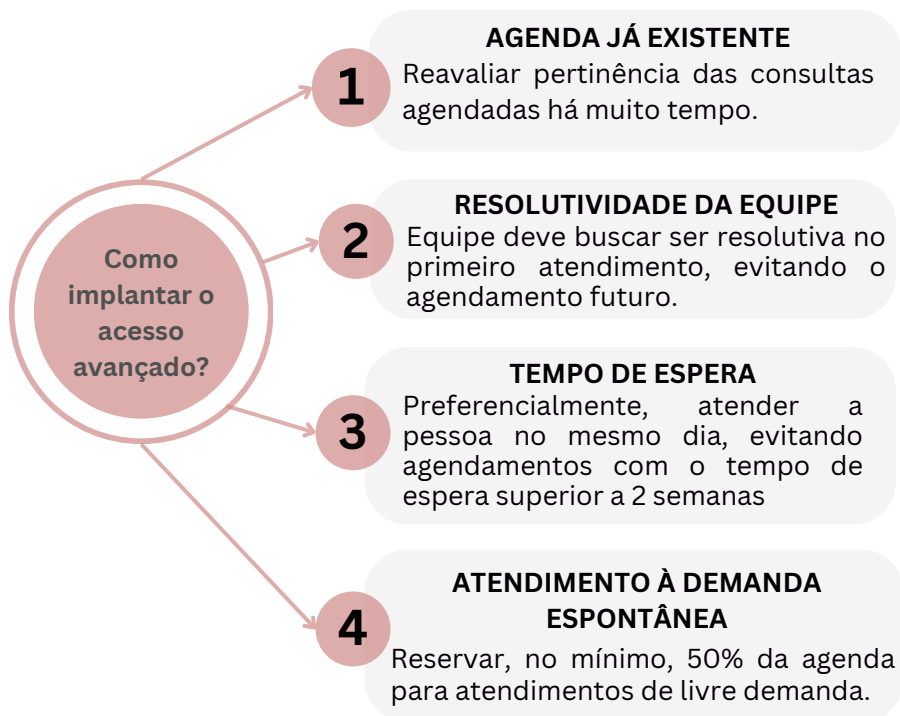
No entanto, essa estratégia também pode apresentar desvantagens, especialmente no que diz respeito a uma descaracterização da APS. Sendo assim, é imprescindível manter muito claro que a adesão à estratégia de acesso avançado não torna a unidade de saúde um serviço de urgência e emergência, devendo, portanto, manter as características propostas pela Política. Deve, assim, manter a garantia da atenção integral e longitudinal das pessoas, a continuidade do cuidado, bem como a oferta de atividades coletivas, de promoção e prevenção em saúde, o olhar para o território e a realização de visitas e atendimentos domiciliares, além de interface com a rede intra e intersetorial.

Além disso, o acesso avançado requer um movimento constante em prol da **educação permanente** a fim de garantir o fortalecimento do vínculo e da assistência longitudinal.

A implementação do acesso avançado (figura 1) requer uma mudança gradual tanto da organização do processo de trabalho, quanto da perspectiva que a equipe e as pessoas usuárias do serviço têm sobre o acesso.



Figura 1: Aspectos para implantação do acesso avançado



Para a implementação dessa estratégia, sugere-se reduzir as vagas para os agendamentos superiores a 30 dias reavaliando as agendas já existentes de acordo com a pertinência da consulta, e realizando, sempre que possível, atendimentos no dia focando na resolutividade e evitando agendamentos com prazo superior a duas semanas. Dessa forma, no mínimo 50% da agenda de médicos/as e enfermeiros/as deve ser reservada para atendimentos no dia.



Caso



Ao estudar a demanda que entrava na UBS ao longo de um mês, os/as profissionais perceberam que cerca de 15% das pessoas que buscavam atendimento para o dia queriam, na verdade, renovar receitas ou ter a avaliação dos exames ou tinham perdido a consulta agendada. Também avaliaram que os dias foram muito corridos, tensos e que a espera por fichas gerava estresse entre as pessoas que aguardavam atendimento.

A partir desse estudo de demanda e dos dados do e-SUS, compreenderam alguns desafios:

- Consultas marcadas para muito tempo estavam gerando absenteísmo e busca por consultas dia;
- A necessidade de criar fluxos específicos para renovação de receita, curativos, procedimentos e resultados de exames;
- Adotar protocolos para classificação de risco;
- Muitas consultas que vinham para o dia eram de questões de condições crônicas ou problemas instalados há muito tempo e não por demandas agudas, que realmente precisariam de uma consulta naquele momento;
- Organizar a agenda do dia, tanto da médica, quanto da enfermeira para 50% para demanda espontânea;
- Necessidade de alterar a forma de acesso das pessoas.



Caso

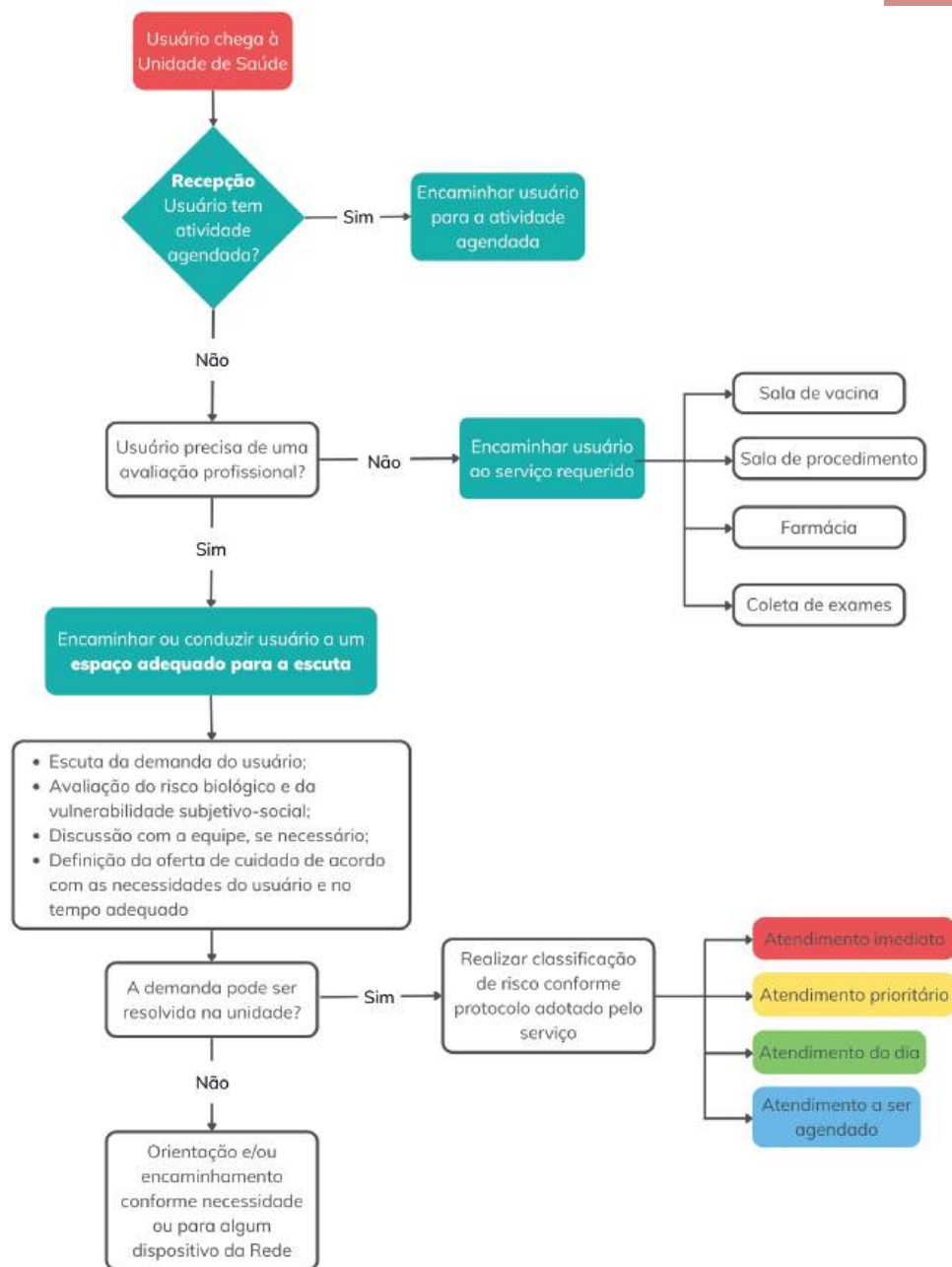
A partir dos estudos, a equipe decidiu que gostaria de implantar o Acesso Avançado. E traçou algumas ações que seriam necessárias:

- Definiu o uso do CAB 28 para classificação de risco das pessoas e faria EPS para estudarem as principais situações. A enfermeira ficaria de retaguarda da técnica de enfermagem na escuta inicial para tirar dúvida sobre a necessidade de consulta dia ou agendamento;
- Definir fluxos para demandas que não eram de atendimento clínico;
- Avaliariam a agenda para o mês seguinte para identificar o que era possível de ser reorganizado;
- Em um segundo momento garantiriam pelo menos um turno por semana da médica e da enfermeira para realização de atendimentos domiciliares e outro para realização de grupos;
- Realizariam ações na sala de espera e conversariam com as lideranças comunitárias para apresentar a proposta de novo acesso e com isso sensibilizar a comunidade sobre os principais desafios que teriam no início e que ao longo do mês fariam uma caixinha para registros anônimos para avaliação ao longo do processo.

A equipe monta um plano de ação para implantação do Acesso Avançado e como primeira ação desenhou o fluxo das pessoas para o acolhimento na UBS.



Fluxo das pessoas na Unidade de Saúde





Fluxograma do acolhimento

O fluxograma do acolhimento tem como proposta apresentar o percurso habitual da pessoa usuária na Unidade de Saúde. Cabe destacar que o modelo sugerido na página anterior considera um padrão que pode não ser aplicável a todas as realidades e, portanto, deve ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado às características do território e serviço. Todavia, mantém aspectos fundamentais da lógica que considera a recepção da pessoa usuária como primeiro contato e o espaço de escuta inicial como um local reservado e adequado para tal finalidade (sem que sejam excluídos os demais momentos e espaços de acolhimento que podem e devem ocorrer na presença ou não de uma sala específica).

O respeito à privacidade e a confidencialidade das informações são preceitos éticos que devem ser observados nos momentos de escuta profissional, pois deles dependem a base da confiança que norteia a relação estabelecida entre os profissionais e pessoas usuárias. Há muitas situações que podem motivar uma pessoa a buscar a Unidade de Saúde. Por esta razão, é importante que o acolhimento ocorra em ambiente reservado, sem que outras pessoas da comunidade tenham acesso ao que está sendo compartilhado com o/a profissional de saúde. Ademais, deve ser ofertada uma escuta individualizada, caso haja condições do acompanhante (familiar, cuidador, cônjuge, entre outros) aguardar na sala de espera.



Além disso, considerando que a premissa do acolhimento é proporcionar escuta qualificada às demandas das pessoas de forma legítima e resolutiva em todos os momentos e espaços, **é importante que este não seja um fluxo burocrático e rígido**. Por isso, cada cenário deve ser avaliado de forma singular, tendo em vista aspectos como a avaliação de risco e vulnerabilidade, o atendimento às necessidades de saúde com equidade, o posicionamento ético e as implicações organizativas do processo de trabalho das equipes.

Demandas de Saúde Mental, matriciamento e outros serviços da rede especializada

O acolhimento em saúde mental propõe acolher pacientes que necessitam de apoio psicossocial na APS e possibilitar, através da responsabilização compartilhada, maior resolutividade da equipe.

Este deve ser integral, acontecer a todo o momento e durante qualquer atendimento de saúde. Por esta razão, a criação de um acolhimento específico em saúde mental é desaconselhada, pois gera fragmentação da assistência às pessoas que são acolhidos ou por “problemas do corpo” ou por “problemas da mente”.



A capacidade de escuta do profissional da APS, para além das necessidades do corpo físico, possibilita a identificação de outras necessidades de saúde.

A tarefa de acolher é de responsabilidade de toda equipe, todavia, nem todos os profissionais sentem-se capacitados para isso, apresentando dificuldades, tais como:

- Lidar com o sofrimento alheio, apresentando a necessidade de fazer algo para diminuir o sofrimento e o choro;
- Compreender que é importante potencializar a capacidade da pessoa usuária em pensar e refletir sobre seus problemas de saúde;
- Saber o que fazer com o que escuta;
- Suportar a espera por uma melhora;
- Suportar que nem sempre quem acolhe terá a solução final para a necessidade da outra pessoa.

Cabe ressaltar que o acolhimento em saúde mental na APS é responsabilidade de todos os membros da equipe, necessitando de atendimento conjunto em alguns casos.



Deste modo, para uma maior resolutividade, não restrita às demandas em saúde mental, a equipe da UBS pode implementar espaços coletivos de discussão dos casos, visando a troca interdisciplinar e a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares.

Também é possível contar com a equipe ampliada de APS, as eMulti, para a discussão dos casos, matriciamento e composição nas ações e atendimentos.

Se for necessário o suporte de um serviço especializado, este deve ser acionado, mas sem que a pessoa perca o vínculo com o serviço de Atenção Primária à Saúde, tais como os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco, de Cuidados às Condições Crônicas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).



Caso



Solange, 73 anos, procura a UBS para verificar sua pressão arterial. Após verificar que sua pressão estava elevada, Gisele pergunta se ela tem adado nervosa com alguma questão.

A paciente relata que há cerca de um mês seu filho, José, foi internado no hospital com um quadro grave de dengue e, logo depois, sua nora também. José teve alta, porém sua nora faleceu. Refere preocupação com sua neta, pois esta ainda não sabia sobre o falecimento de sua mãe. Solange ao contar a situação começa a chorar bastante.

A Técnica de Enfermagem ficou bastante ansiosa com a situação e não sabia como reagir ao choro da paciente. Ela dialoga com a médica da UBS que pede para que ela entre na consulta que fará com Solange, a enfermeira iria assumir o acolhimento neste período. Jussara acredita que seria importante ela ver a abordagem que faria com a paciente para aprender um pouco mais sobre o manejo em casos de luto. Também pediu que ela acompanhasse a consulta pelo vínculo que ela tinha com a técnica, pois a médica era recém-chegada na equipe.

Situações de luto como as da família da Solange não são incomuns na APS. Assim, a partir do caso, vimos como a equipe toda deve acolher a situação de saúde mental. A médica ainda utilizou uma estratégia de interconsulta para compartilhar o saber que ela tinha sobre saúde mental e suporte em momentos de luto, mas também para aprender um pouco sobre a família e suas relações a partir do vínculo que a técnica de enfermagem tinha com a família.



Introdução ao acolhimento



O Acolhimento não tem hora nem local certo para acontecer. Não é um serviço exclusivo de determinada categoria profissional. Acolher a pessoa usuária é adotar uma postura ética na escuta qualificada das pessoas e de suas queixas, percebendo-o em suas singularidades e como autor do processo saúde-doença que está vivendo. Ao acolher a pessoa, o/a profissional torna-se um facilitador de seu acesso aos serviços. A construção do acolhimento humanizado pressupõe parceria entre a equipe multiprofissional, a gestão, as pessoas usuárias e a comunidade.

Curso EAD de Qualificação dos Processos de Trabalho e Gestão da APS: acesso avançado – Parte I



Integra o curso EAD de Qualificação dos Processos de Trabalho e Gestão da APS, desenvolvido pelo TelessaúdeRS/ UFRGS, tem como tema central o acesso avançado na Atenção Primária à Saúde. O vídeo apresenta experiências de equipes que implantaram o acesso avançado, uma proposta para melhorar o acesso e a resolutividade na APS que tem como meta oferecer atendimento no dia em que a pessoa procura a equipe de saúde. A partir do relato de profissionais, são apresentadas características, vantagens e desvantagens desse modelo.

Acolhimento à Demanda Espontânea e à Demanda Programada - Autoinstrucional



Os temas abordados neste módulo têm como objetivo gerar a reflexão crítica na forma como o acesso à atenção primária à saúde está organizado. Seus conteúdos trazem ferramentas que permitem às equipes redefinir a gestão da clínica baseada na realidade em que atuam, centrada nas pessoas, otimizando o potencial criativo de todos os profissionais envolvidos. Para que o(a) aluno(a) contribua na transformação do fazer cotidiano, junto aos demais integrantes da sua equipe de Saúde da Família, propomos neste módulo refletir, analisar e propor mudanças baseados em modelos de organização de agenda, de programação e de priorização de visitas domiciliares, bem como implantar acolhimento como postura técnico-ética, incluindo a classificação de riscos e registrando adequadamente os atendimentos.



Referências

SILVA FILHO, JA; BEZERRA, AM. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. ID on line. Revista de psicologia, [S.l.], v. 12, n. 40, p. 613-627, maio 2018.

SCHIMITH, MD; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, p. 1487-1494, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea. Atenção Básica SMS-SP. 1ª edição. Outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 20 p., 2004.

FURTADO, MD; OLIVEIRA, RG. Saúde Coletiva. Maringá-PR: Unicesumar, 2019. 152p.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Acolhimento: Saiba mais!. Florianópolis: UFSC, Núcleo Telessaúde de Santa Catarina. 18 p., 2015.

ENNA, C.M.M; FARIA, RSR; REZENDE, GP. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014.

VARELA, LD; et al. Conselho local de saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 33, 2020.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE RIO GRANDE DO SUL. Quais as estratégias que podemos utilizar para implementação do acolhimento em uma ESF?. BVS Atenção Primária em Saúde, 2008. Acesso em: 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-as-estrategias-que-podemos-utilizar-para-implementacao-do-acolhimento-em-uma-esf/>.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. Como organizar o acolhimento em saúde?. BVS Atenção Primária em Saúde, 2014. Acesso em: 21 de novembro de 2022. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-organizar-o-acolhimento-em-saude/>.

CIRINO, FMSB; et al. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 15, n. 42, p. 2111-2111, 2020.

ROCHA, SA; BOCCHI, SCM; GODOY, Moacir Fernandes de. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 26, p. 87-111, 2016



WOLLMANN, A. et al. Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014.

MOURA, RA; et al. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 32, p. e320103, 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

VILLAS-BÔAS, ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. Rev Bioét. [Internet]; 23 (3): 513-23, 2015.

MINÓIA, NP; MINOZZO, F. Acolhimento em saúde mental: operando mudanças na Atenção Primária à Saúde. Psicologia: ciência e profissão, v. 35, p. 1340-1349, 2015.

SILVA JUNIOR, DN; ARAÚJO, JL; GURGEL-NASCIMENTO, EC. Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. Revista de Bioética y Derecho, n. 40, p. 195-214, 2017

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)



Projeto Terapêutico Singular



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE



Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
Divisão de Atenção Primária à Saúde



Projeto Terapêutico Singular

Autoras

Aline von der Goltz Vianna
Ana Clara do Carmo Costa
Beatriz Raffi Lerm
Bruna de Vargas Simões
Carla Daiane Silva Rodrigues
Janilce Dorneles de Quadros
Laura Ferraz dos Santos
Luiza Campos Menezes
Marina Soares Buralde
Priscila Helena Miranda Soares
Raíssa Barbieri Ballejo Canto
Tainá Nicola

Colaboração

Kátia Rodrigues da Silva
Ana Lucia Galbarino Amaral

Setembro, 2024



Apresentação

Neste volume abordaremos a temática do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta importante para a gestão de casos complexos. De forma didática, buscamos trazer o conceito e a aplicação a partir de casos para que a sua equipe possa desenvolver esse processo de trabalho.

Você já deve ter lidado na sua prática na APS com o atendimento de casos complexos com múltiplas questões de saúde, que perpassam relações familiares ou sociais, pessoas usuárias com dificuldade de adesão a tratamentos, dentre outros desafios.

Estas situações requerem a intervenção de diferentes núcleos profissionais e precisam ocorrer de modo coordenado e centrado nas necessidades da pessoa para que sejam efetivas. Nestas situações, uma estratégia de organização do cuidado que tem sido desenvolvida é o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O que é?

O PTS é um projeto de intervenção construído entre profissionais multidisciplinares com as pessoas usuárias e suas famílias. Em seu processo de construção, consideram-se as necessidades, expectativas e crenças de usuárias e usuários do SUS tornando as condutas terapêuticas singulares para cada indivíduo ou grupo para o qual é direcionado.



Por que fazer?

A elaboração de um PTS compartilhado contribui para que o trabalho se dê articulado entre diferentes profissionais em torno de objetivos comuns, de modo a potencializar as estratégias de cuidado junto às pessoas usuárias. Além disso, ao incluir a pessoa e sua família no processo de construção de seu cuidado, promove e incentiva a autonomia do sujeito de modo a contribuir colaborando para maior efetividade do cuidado e autocuidado. O PTS visa, ainda, a integralidade na atenção ao sujeito e propicia a longitudinalidade do cuidado de forma mais consistente, especialmente em situações mais complexas que exigem uma articulação mais forte das redes de saúde e intersetorial, de forma corresponsável pelo cuidado.

Para quem?

Podem ser construídos PTS voltados para indivíduos, famílias, comunidades ou mesmo territórios que a equipe de saúde, e até mesmo a rede intersetorial, consideram complexos.



Quem faz?

Profissionais de diferentes núcleos em conjunto com pessoas usuárias dos serviços e suas famílias que são acompanhadas pela equipe.

eMulti

Os profissionais da eMulti podem ser fundamentais no atendimento a demandas específicas referentes aos seus núcleos profissionais, mas também para uma atuação na lógica de matriciamento, a partir da discussão do caso e ampliação do repertório de atuação da equipe de eSF, eAP, eSB, eAPP, eCR. Construir um PTS proporciona que diferentes agentes envolvidos/as no atendimento possam operar de modo compartilhado e articulado, tanto profissionais da APS quanto de outros níveis de atenção e até mesmo da rede intersetorial.



Como fazer?

O PTS desenvolve-se a partir de quatro processos principais: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Estes processos não são necessariamente sequenciais, são dinâmicos e, por isso, pode haver necessidade de serem revistos ou repetidos.

Vínculo

Um elemento fundamental na construção do PTS é identificar qual o/a profissional ou profissionais aos quais a pessoa possui vínculo. O vínculo será fundamental para aproximação às demandas que o sujeito possui, além de ser esse profissional que poderá ser considerado um profissional de referência para o caso.

Como fazer o registro no e-SUS?

CDS » Atividade coletiva » Adicionar »

»

Registrar: CNS do profissional responsável, CBO e CNES (preenchimento automático); data da reunião; turno da reunião; CNS dos profissionais participantes; número de participantes; atividade: reunião de equipe; temas para reunião: Discussão de caso / Projeto terapêutico singular





Caso

Lúcia é ACS e faz parte da ESF Sérgio Arouca, no município de Rouxinol. É bastante conhecida por ter vínculo com as pessoas da comunidade, uma vez que é moradora da localidade há muitos anos e líder comunitária. Ela acompanha a família de Joana há 10 anos, desde o início dos seus trabalhos como ACS. Joana é uma mulher de 38 anos, parda, trabalhadora rural. É casada com Vitor, que tem 40 anos que também trabalha na pequena propriedade da família. Joana está gestante pela terceira vez. Guilherme, seu filho mais velho, tem 15 anos e Lucas tem 7 anos.

Joana, que está gestante de 25 semanas, não realizou o Teste Oral de Tolerância a Glicose que foi solicitado na última consulta de pré-natal devido a suspeita de diabetes gestacional, conforme a avaliação médica. Em reunião de equipe, fica definido que Lúcia irá fazer uma visita domiciliar para compreender melhor porque ela não realizou o exame e sensibilizá-la sobre a importância do mesmo.

Joana recebe a ACS com cordialidade em sua casa e as duas sentam na varanda para tomar chimarrão. Lúcia percebe ao tomar que a erva mate está adoçada.



Caso



A ACS pergunta como Joana está. Ela diz que tem se sentido cansada e que nem foi trabalhar no dia, tem tido alguns enjoos e anda preocupada com a família. Disse que estão com problemas na colheita, por causa da seca e que o marido está estressado com isso.

Lúcia empatiza com a situação e pergunta se ela lembrou que tinha que realizar os exames de glicemia, Joana demonstra surpresa e afirma ter esquecido. Afirma estar com muitas coisas na cabeça e está preocupada com o filho mais novo. Lucas está com manchas vermelhas no corpo e tem estado muito quieto nos últimos dias. Lúcia afirma que agendará uma consulta para a criança. Ela liga para Joana para avisar a data, e aproveita para orientá-la sobre a possibilidade de realizar o exame antes da próxima consulta de pré-natal, passando o novo horário de agendamento para ela. Joana afirma que o fará.

Joana leva Lucas à consulta médica. Matheus, médico da unidade que acompanha a família há alguns anos, tenta brincar como de costume com a criança, perguntando sobre o time de futebol, e o menino se retrai, não responde e aparenta estar mais entristecido.

A mãe diz para o Matheus relevar, pois o filho anda muito nervoso e que só sabe ficar no quarto. Conta que Lucas e o pai tem se desentendido demais, mas o que a está preocupando são aquelas manchas no corpo.



Caso



Matheus pergunta para Lucas como ele se sente, ele diz que está com dor de cabeça, que tem tido elas quase todo dia, respondendo a mãe diz que não quer mesmo sair do quarto, porque a escola é chata e o pai dele só fica irritado e gritando.

A mãe reitera que já faz mais ou menos um mês que o filho tem dores de cabeça e que apareceram as manchas pelo corpo também. Joana diz que o filho tem ido com o irmão mais velho para a lavoura ajudar o pai, que desde então tem ficado mais “reclamão” e falando das dores de cabeça.

Após avaliação clínica, o médico não consegue chegar a conclusões e solicita exames complementares. Ao final da consulta ele questiona Joana sobre a realização do exame dela e ela afirma que já fez e que virá na consulta na próxima semana.

Na reunião de equipe da semana, o médico traz os desdobramentos do caso e tanto ele quanto a ACS falam de preocupações. Matheus afirma que percebeu Joana muito cansada e que nunca tinha visto Lucas tão quieto e irritado.

O médico afirma que pode fazer uma interconsulta com a enfermeira na semana seguinte, para poderem avaliar juntos o exame de glicemia e que está aguardando o retorno de Lucas e dos exames que ele fez.



Cogitaram chamar o pai de Lucas para conversar, pensando no trabalho que os meninos têm feito na lavoura e nas relações familiares.

Na semana seguinte, na consulta de pré-natal de Joana com a enfermeira Jéssica, após a avaliação física, a gestante afirma estar se sentindo muito cansada e com dores de cabeça, diz que o clima em casa está difícil, pois o dinheiro está pouco e os meninos não gostam de ir com o pai para a lavoura.

A enfermeira escuta atenta e reflexiva pensando nos pontos que já haviam sido discutidos na reunião de equipe. Jéssica pergunta a Joana se pode chamar Matheus para a consulta para analisarem seu exame de glicemia. ela confirma.

O exame de Joana aponta para uma diabetes gestacional e os profissionais a orientam que agora ela fará um pré-natal em dois serviços, com eles ali na UBS e no Ambulatório de Gestação de Alto Risco, onde ela contará com uma equipe com nutricionista, endocrinologista e outros profissionais que os apoiarão em seu pré-natal.

Após a consulta, Jéssica e Matheus dialogam sobre o caso. Compreendem que há algumas lacunas de entendimento da situação e que será importante a construção de um PTS.



Processo de construção do PTS

A equipe encontrou-se diante de uma situação complexa, com uma gestante que tem indicação para pré-natal de alto risco, possíveis conflitos familiares, dificuldades na escola por parte dos filhos e a suspeita de intoxicação por agrotóxico que é algo novo para a equipe. Ainda há a situação de possível trabalho infantil e suspeita de violência intrafamiliar, questões de saúde mental e vulnerabilidade econômica.

Todas essas situações tornam o caso da família de Joana difícil de ser resolvido por apenas um profissional em uma ação pontual, serão necessárias diferentes interfaces e intervenções para que seja possível apoiar a família. Por isso, a construção de um PTS contribuirá para o desenvolvimento das intervenções necessárias.

Nesta seção apresentaremos cada um dos momentos de construção do PTS e a partir do caso da família de Joana iremos conhecer o percurso de construção de um PTS iniciado pela equipe de saúde da família.



Diagnóstico situacional

A pessoa é escutada/acompanhada por diferentes profissionais da equipe da APS nos atendimentos individuais, atividades coletivas, atendimentos e visitas domiciliares, dentre outras abordagens. Compreender as diferentes demandas das pessoas a partir das perspectivas de todos os profissionais que as acompanham é fundamental para a construção do Projeto.

Para além de traçar diagnósticos, é imprescindível que a equipe tenha um momentos de compartilhamento e discussão entre si dos diferentes modos como cada profissional percebe o sujeito. Assim, nesse processo avaliam-se as vulnerabilidades, compreendem-se desejos e potencialidades dos sujeitos, seu contexto, modos de trabalho, cultura, dinâmica da família, sua rede social e de apoio.

Além disso, devem ser avaliadas intervenções que já foram realizadas, quais os resultados, a fim de identificar pontos fortes, dificuldades e atores que serão importantes para a qualificação do cuidado. Para isso, possivelmente serão necessários vários momentos com a pessoa atendida pelos diferentes profissionais e reuniões para discussão do caso. É importante lembrar que apenas um momento de discussão entre a equipe para estas definições provavelmente não será suficiente, especialmente porque o acompanhamento também é dinâmico e novos elementos podem surgir.



Fica a dica!

Para iniciar o PTS, devem se reunir os profissionais que mais podem contribuir no caso.

Nesse momento, TODOS os aspectos e informações sobre a pessoa, devem ser discutidos, além da queixa principal, outras necessidades e o que já foi realizado pela equipe ou outros serviços. As necessidades e os potenciais devem ser identificados, tanto do indivíduo, família, quanto estratégias já adotadas que tiveram resultados.

No PTS o sujeito é central, seja ele uma pessoa, uma família ou um território. É importante considerar também as hipóteses que o próprio sujeito tem sobre sua saúde, suas necessidades, as soluções que já pensou. A participação do sujeito no PTS, que muitas vezes chamamos de “adesão” depende em grande parte se este PTS atende a suas necessidades e possibilidades e não apenas ao que os outros avaliam que seja o melhor para ele.



Conheça algumas ferramentas que podem apoiar a equipe na construção do diagnóstico

Genograma: É uma ferramenta essencial que identifica informações sobre a organização, estrutura e dinâmica familiar.

Ecomapa: Trata-se de uma representação gráfica que identifica todos os sistemas envolvidos e relacionados com a pessoa e com a família bem como o meio em que vivem.

O **Ciclo de Vida Familiar**, o **P.R.A.C.T.I.C.E**, o **F.I.R.O** também são ferramentas que contribuem no olhar para as famílias, confira no artigo como essas ferramentas apoiam equipes de APS.





A equipe separou um espaço na reunião para dialogar sobre o caso da família de Joana. Além dos profissionais que citamos antes, também participaram da reunião a técnica de enfermagem Sabrina, a psicóloga Bruna e a assistente social Matilda, ambas da eMulti, que já conheciam a família. Lúcia, Matheus e Jéssica contam sobre o diagnóstico de diabetes gestacional e as dificuldades relacionais e financeiras da família.

Matheus ecebeu o resultado do exame de Lucas que constatou a intoxicação por agrotóxico, e que junto com Lúcia conseguiu dar os encaminhamentos para o tratamento do garoto.

A partir dessa situação, a equipe reflete sobre o território que a família vive: destacam o contato com o agrotóxico a que todos estão expostos, a possibilidade de trabalho infantil na região e a distância da moradia deles em relação à UBS. Falaram ainda sobre o elevado número dos casos de saúde mental naquela região.

- **Joana também tem ido ao campo?**
- **Será que ela e o bebê também estão expostos ao agrotóxico?**
- **E os demais membros da família?**
- **Fazem uso de algum equipamento de proteção?**
- **Tem apoio da Emater para melhor conduzir o trabalho em sua pequena lavoura de modo mais seguro?**



Caso



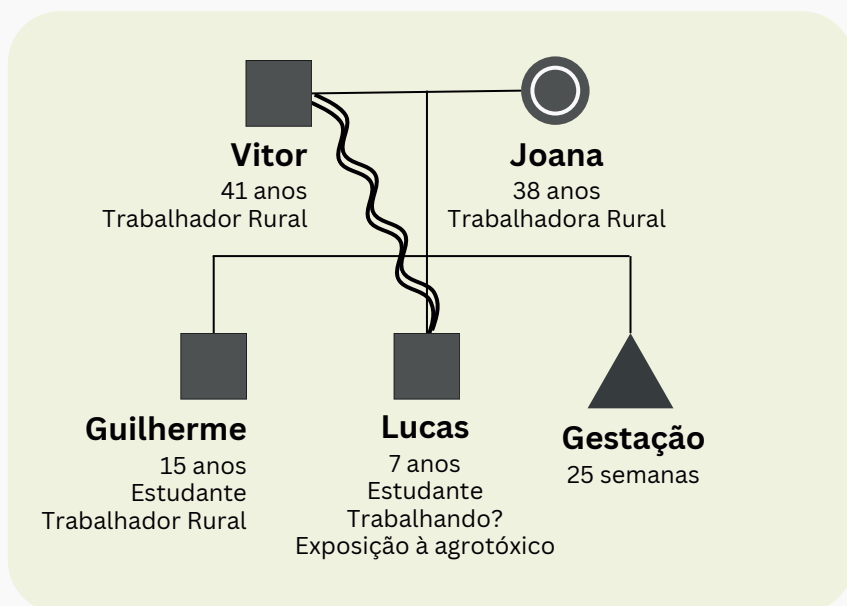
Surgem alguns questionamentos:

- A família tem dificuldades para ir até a UBS?
- Joana conseguirá ir até a prefeitura para pegar o transporte para o AGAR que fica em outro município?
- Seria necessário diálogo com a escola dos meninos?
- Há situações de sofrimento psíquico na família que necessitam de maior atenção da equipe?
- Joana que está cansada e preocupada tem uma rede de apoio? Há alguém na família ou amigos com quem consegue compartilhar as ansiedades?
- E há apoio para os serviços domésticos?
- Vitor não vem à UBS faz muitos anos, como está sua saúde? Ele tem se preocupado com questões financeiras, tem buscado apoio?
- Guilherme também não tem vindo na UBS desde que se tornou adolescente, como está a situação na escola? Como está sua saúde?
- Os conflitos familiares têm gerado uma situação de violência que poderia explicar a mudança de comportamento de Lucas?

A equipe faz o **genograma** da família, identificando além da composição familiar, dinâmicas que são conflituosas como a relação do pai com Lucas. Ainda, destacam a situação da criança e do adolescente estarem indo para a lavoura trabalhar.



Caso



A equipe Sérgio Arouca lista as principais demandas, e outros aspectos do histórico da família:

- Conflitos intrafamiliares
- Diabetes gestacional
- Intoxicação por agrotóxico
- Trabalho infantil
- Dificuldades financeiras
- Possibilidade de violência intrafamiliar



Os/as profissionais também questionam se a família está em insegurança alimentar, e a ACS afirma que Joana não recebe benefícios sociais.

Jéssica e Matheus relembram que Joana sempre fez as consultas de pré-natal de forma adequada nas outras gestações, que trazia os filhos para consultas periódicas, mas que este ano não tem ocorrido assim. Patrícia diz que ela ainda não fez a consulta odontológica na gestação e que Lucas parou de vir para um tratamento de cárie.

Lúcia relembra que as carteiras de vacinação de Lucas e Guilherme estão atualizadas e que se surpreendeu que Joana perdeu a data do exame.

Assim, a equipe identifica como um potencial de Joana a sua anterior adesão aos cuidados que a ela foram ofertados e o seu olhar atento aos filhos e reconhecem que algo incomum pode estar acontecendo devido as dificuldades que vem apresentando.



Definição de objetivos e metas

Neste momento, a equipe busca estabelecer estratégias de atuação junto à família, pois é importante que isso seja feito em conjunto com a pessoa usuária, reconhecendo o que é prioridade para ela (o que para si é mais importante e/ou viável) e o que do ponto de vista da equipe é mais urgente e/ou viável. A depender da situação, também é importante considerar outros atores, como familiares e cuidadores. São traçadas metas de curto, médio e longo prazo.

É indicado que essa pactuação seja realizada pelo profissional que possua maior vínculo com o sujeito, pois é um momento de planejamento conjunto e também de negociação.

ATENÇÃO!

Tão importante quanto a construção do Projeto, é que ela faça sentido e esteja nas possibilidades do sujeito.



**Saiba
mais!**

Cadernos de Atenção
Básica - 34
Saúde Mental





Fica a dica!

Já encaminhou alguma gestante para o atendimento no Ambulatório de Gestação de Alto Risco?

Como você sabe, **mesmo após o encaminhamento, a gestante segue realizando o pré-natal na APS com o médico(a) e/ou enfermeiro(a) e também deve ser realizada a estratificação de risco gestacional em todas as consultas de pré-natal.**

Considerando que o pré-natal é compartilhado entre as duas equipes, é fundamental a construção de um PTS entre os serviços (APS e AGAR), traçando metas, identificando desafios e potencialidades. Os AGAR e ambulatórios de outras especialidades têm, dentre suas competências, a realização de matriciamento e discussão de casos junto à APS.



**Saiba
mais!**

[Guia de Atenção
ao Pré-natal e
Puerpério na APS](#)





Caso



Continuando o cuidado com a família de Joana...

Na reunião de equipe os/as profissionais definiram algumas ações a curto e médio prazo:

Curto prazo

1. Realizar visita domiciliar para conversar com a família sobre a questão da intoxicação por agrotóxico e da importância de todos irem à consulta. O objetivo das consultas, além de avaliar a situação da exposição ao agrotóxico, também é oportunizar espaços de diálogo com Vitor e Guilherme que pouco têm ido à UBS.
2. Dialogar com Joana sobre as condições de ida ao AGAR, e se possui meio de transporte;
3. Após sensibilização de Vitor e Guilherme para a consulta, propor uma conversa com a família em domicílio para se aproximar e compreender as principais necessidades e pactuar algumas ações;
4. Dialogar com AGAR para discutir o caso e sobre a necessidade de trabalhar hábitos alimentares com Joana. Lúcia relembra o chimarrão com erva mate adoçado;
5. Dialogar com a escola para compreender como Lucas e Guilherme estão desempenhando as ações;
6. Avaliar possibilidade de situação de violência;
7. Realizar notificação de agravos de intoxicação por agrotóxico, suspeita de trabalho infantil e de violência intrafamiliar;
8. Avaliar a necessidade de acesso a benefícios sociais para a família.
9. Agendar retorno de Lucas para as consultas odontológicas.



Caso



Médio prazo

- Identificar a rede de apoio da família.

A partir dos primeiros desdobramentos:

- Avaliar a possibilidade de vinculação ao pré-natal do parceiro para Vitor se aproximar mais da gestação da esposa;
- Seguir discussão periódica de caso com o AGAR;
- Avaliar a necessidade de acionar uma reunião de rede intersetorial com Vigilância em Saúde, Conselho Tutelar, Assistência Social, Educação, educadores sociais da EMATER, dentre outros atores.

Longo prazo

- Realizar ações coletivas na comunidade em conjunto com EMATER sobre o uso de equipamentos de proteção e educação em saúde sobre exposição à agrotóxicos;
- Avaliar possibilidade de realização de grupos dentro da área rural, para promoção de saúde mental, situações de violência e em relação aos direitos de crianças e adolescentes.



Divisão de responsabilidades

Para que se efetive as ações propostas, é fundamental que sejam estabelecidas responsabilidades entre membros da equipe. Assim, traçar um plano de ação, definindo como serão executadas, quem realizará e o prazo para cada uma das atividades pode contribuir para o monitoramento do caso.

Considerando que a realização do PTS é um processo complexo e que envolve olhar de perto as necessidades da família, é fundamental que se tenha um profissional que tenha um bom vínculo com a família como referência para o caso. Este profissional é alguém que fica mais próximo da comunicação da família e também é responsável pela continuidade do cuidado, sempre buscando a equipe para retomar avaliações, compreender como está o desenvolvimento do Plano.

O/a profissional de referência pode ser considerado um mediador. Não é necessariamente ele quem vai resolver a demanda do sujeito, mas quem vai buscar meios para. Pode ser qualquer profissional da equipe, de qualquer nível técnico, contanto que conheça o PTS, tenha vínculo com a família e disponibilidade para acolher e boa articulação com a equipe.

É importante estabelecer fluxos para que o/a Profissional de Referência acesse a equipe sempre que houver necessidade de discutir soluções para as pessoas ou famílias atendidas. Podem ser estabelecidas diversas estratégias:



- Discussão em reunião de equipe periódica (reunião geral),
- agendamento de reuniões sistemáticas para discussão dos PTS,
- agendamento de reunião/interconsulta com profissionais que estão diretamente envolvidos com a atenção ao sujeito ou com sua demanda atual.

No momento da implantação do PTS como uma metodologia da equipe é indicado que as discussões ocorram de forma coletiva para que toda a equipe contribua na construção destes processos.

Durante as visitas e as consultas, os profissionais vão realizar o diálogo com cada pessoa da família buscando coincidir as necessidades que cada membro possui, os níveis de urgência do ponto de vista do indivíduo e também da indicação da equipe e as ofertas construídas a fim de consolidar, contato a contato o PTS junto com cada pessoa envolvida nela. É possível que algumas ofertas da equipe não sejam bem acolhidas pelas pessoas, ou que o tempo delas não seja o tempo que cada um dispõe. Por essas razões que o PTS é uma construção contínua para buscar soluções no percurso do cuidado em saúde. A indicação da equipe não é uma solução em si, depende do desejo e das possibilidades de cada pessoa envolvida.



Na reunião de equipe, os/as profissionais definiram que Lúcia será a profissional de referência da família, tendo em vista que possui um bom acesso e vínculo com todos os integrantes. A equipe também definiu responsabilidades e prazos para as ações de curto prazo estabelecidas.

Ação	Responsável	Prazo
Realizar Visita Domiciliar	Lúcia e Jéssica (ACS e enfermeira)	Na próxima semana
Fazer contato telefônico para agendamento de discussão de caso com AGAR	Matheus (médico)	Amanhã
Realizar consulta com Vítor	Matheus	Na próxima semana (após visita)
Realizar consulta com Guilherme	Matheus	Na próxima semana (após visita)
Discutir caso com escola	Matilda e Bruna (Psicóloga e Assistente Social)	Na próxima semana
Notificar agravos	Matheus e Jéssica	Amanhã
Agendar consulta com dentista para Lucas	Patrícia	Amanhã



Reavaliação

O PTS deve acompanhar a vida do sujeito e, portanto, estará sempre passível a ser revisto. A reavaliação deve ocorrer em discussões feitas pela equipe e com o sujeito/família e pode ser conduzida pelo profissional de referência (aquele com quem tem mais vínculo), mas não necessariamente.

DICA

São recomendadas reuniões de equipe periódicas com tempo reservado para discussões dos PTS ou reuniões exclusivas para este fim.

A reavaliação do caso tem como objetivos:

- **compartilhar na equipe a evolução dos sujeitos acompanhados;**
- **dialogar com a equipe e buscar soluções para sujeitos que têm demandas de vida alteradas, como exemplo: mudou-se de bairro, tem outro horário de trabalho ou estudo e não consegue seguir algumas metas pactuadas no seu PTS por isso, tem novas demandas em saúde, apresenta dificuldade de concretizar uma ou mais metas de seu PTS, o sujeito avalia que seu PTS não está lhe trazendo os benefícios esperados;**
- **dialogar com a equipe e buscar soluções para sujeitos que têm avaliação clínica da equipe alterada.**



A equipe se reuniu depois de quinze dias para fazer uma avaliação inicial das ações.

Bruna e Matilda compartilham que após diálogo com a escola perceberam que houve mudança de comportamento das crianças que andam mais irritadas e cansadas. Guilherme está com o rendimento escolar muito baixo e tem faltado às aulas. A professora de Lucas tem bastante vínculo com o aluno e disse que isso aconteceu depois que o pai começou a levar o menino para trabalhar na lavoura. **Como encaminhamento para essa situação a equipe define que será feita uma reunião de rede intersetorial para discussão da situação do trabalho infantil.**

A partir da visita feita por Lúcia e Jéssica, conseguiu-se que Guilherme fosse à UBS para ser avaliado. Matheus informou que além de solicitar os exames para analisar a questão da exposição ao agrotóxico, ele tentou conversar com o menino tendo em vista que ele possui um vínculo de muitos anos com ele, e que o percebeu entristecido. Guilherme relatou essa tristeza, e que não tem conseguido ver os amigos porque está sempre trabalhando e cansado. O médico agenda nova consulta na semana seguinte. A psicóloga, afirma que pode matriciar o caso e sugere que seja realizada discussão periódica sobre a situação de Guilherme, apoiando Matheus.



Matilda afirma, ainda, que será importante realizar uma análise se há ideação suicida, considerando a vulnerabilidade do adolescente e o contexto que vive, onde os casos são recorrentes. Lúcia lembra que há um grupo de jovens na comunidade e que pode ser importante sensibilizar a família de Guilherme para que ele possa se integrar nesse grupo e sobre a importância dele conviver com outros adolescentes, com alertas para a questão de saúde mental.

Apesar de ter aceitado o agendamento da consulta, Vitor não compareceu à UBS. Matheus se dispõe a fazer uma visita junto com Lúcia para conversar com Vitor e para sensibilizar a família sobre a questão de Guilherme, mas que primeiro irá dialogar com o adolescente.

Lúcia lembra que Joana afirmou que terá dificuldades para se deslocar tantas vezes para a UBS e para o AGAR. Durante a conversa também relatou que, como estão com dificuldades financeiras, se preocupa muito com a comida das crianças e diz que pelo menos na escola eles se alimentam. Jéssica fez uma triagem para insegurança alimentar e identificou que a família necessita de apoio. Bruna orienta Lúcia sobre os benefícios que a família pode acessar e como devem fazer para ir ao CRAS. Com relação ao deslocamento para o AGAR, a técnica de enfermagem irá dialogar com a Secretaria Municipal de Saúde para que possam orientar Joana.



Matheus afirma que, após contato com o AGAR, agendaram uma reunião online e ele e Jéssica compartilharam o caso com a equipe. A nutricionista e a endocrinologista construirão um plano alimentar e orientações que sejam condizentes com a realidade da usuária e orientaram que se busque no território estratégias para acesso a verduras e legumes frescos. Lúcia afirma que no Centro de Mães tem uma horta comunitária e que pode sugerir para Joana ir até lá. Os preços são baixos, pois é apenas para manutenção do local.

Jéssica afirma que ela e Matheus já realizaram a notificação dos agravos e que conversaram com Simone, Secretária de Saúde. Ela irá agendar uma formação em conjunto com a Vigilância para manejo e notificação de casos de intoxicação por agrotóxicos.

A partir dos diálogos da reunião de equipe, há uma reavaliação do caso e são pactuadas novas metas e estabelecido novo cronograma, a partir das ações indicadas.

Como pudemos ver, casos complexos como os da família de Joana não tem resolução simples e podem demandar diferentes interfaces. Os desdobramentos deste PTS e de outras estratégias que se poderão adotar para lidar com os desafios que se impõe são diversos. Apresentamos aqui apenas o recorte do início deste processo.



**SUGESTÃO DE ROTEIRO PARA CONSTRUÇÃO
DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS**

DATA:

PROFISSIONAIS PARTICIPANTES:

- 1. Identificação completa das pessoas (nome/prontuário/idade):
- 2. Localização territorial e elementos do território relevantes:
- 3. Organização e dinâmica familiar (genograma):
- 4. Queixa/situação/demanda com histórico relevante resumido:
- 5. Ações clínicas já realizadas pela equipe:
- 6. Avaliação das vulnerabilidades e potencialidades:
- 7. Pactuação dos objetivos (curto, médio e longo prazo) no caso
– negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre
equipe e usuário(a):

Curto Prazo	Médio Prazo	Longo prazo

- 8. Proposta de intervenção com cronograma e responsáveis
(plano de ação):

- 9. Definição do/a profissional de referência do caso:

Ação	Responsável	Prazo

- 10. Definição de periodicidade de reavaliação do caso.



Sugestões de leituras relacionadas ao caso

Guia do Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS) 2024

<https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202404/25124004-guia-do-pre-natal-2024.pdf>

Política Estadual da Saúde da Criança

<https://atencao primaria.rs.gov.br/saude-da-crianca>

Informações Úteis para Promoção da Vida e Prevenção dos Suicídios no RS

<https://drive.google.com/drive/folders/1CeFW6XS3FSA6QD-b5KGp7dukYj1Zospc>

Live: Sinais de Alerta e Estratégias de Cuidado na Prevenção dos Suicídios:

<https://www.youtube.com/watch?v=CeBHsY72EjE&t=3667s>

Live: Canal Vigilância na APS - Violências como um problema de Saúde Pública

https://youtu.be/AC1_GG8EGYs?si=vubxBSU4Woz4uCVx

Cartilha Prevenção dos Suicídios

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf/view>

Nota Orientadora 08/2023 - Grupos de Saúde Mental na APS

<https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202309/21084259-nota-tecnica-grupos-2.pdf>

Informações sobre intoxicação exógena

Ministério da Saúde

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/agrotoxicos>

Guia Vigilância em Saúde

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view>

Centro Estadual de Vigilância em Saúde - RS

<https://cevs.rs.gov.br/intoxicacao-exogena>

Painel Notificações Saúde do Trabalhador

http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=publico.qvw&host=QVSbari&anonymous=true&Sheet=SH_ST

Live Canal Vigilância na APS - Intoxicações Exógenas

<https://youtu.be/Fekc5ZUB4gc?si=h05HAhz9zDFH2kmz>



Referências

Associação Hospitalar Moinhos de Vento Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática Tiago Chagas Dalcin, Carmen Giacobbo Daudt ... [et al.]. – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas
<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/Seguranca-do-Paciente-na-Atencao-Primaria-a-Saude-Teoria-e-Pratica.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Chapadeiro, Cibele Alves. A família como foco da atenção primária à saúde / Cibele Alves Chapadeiro, Helga Yuri Silva Okano Andrade e Maria Rizioneide Negreiros de Araújo. -- Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. 100p. : il., 22x27cm.
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>

Núcleo de Telessaúde Mato Grosso do Sul. Quais são os passos para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular na APS?
<https://aps.bvs.br/aps/quais-sao-os-passos-para-o-desenvolvimento-de-um-projeto-terapeutico-singular-na-aps/>

Warschauer, M., Carvalho, Y. M. de. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. Saude soc. 23 (1) Jan-Mar 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.org/article/sausoc/2014.v23n1/191-203/pt/#:~:text=A%20intersectorialidade%20%C3%A9%20a%20articula%C3%A7%C3%A3o,vistas%20a%20enfrentar%20problemas%20complexos.>



O Projeto Terapêutico Singular como estratégia de cuidado na Atenção Básica em saúde: uma proposta de implementação no município de São Pedro do Piauí
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14668/1/ARTIGO-Laira-Ares.pdf>

Projeto Terapêutico Singular para profissionais da estratégia de saúde da família
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437/pdf>

Processo de Trabalho na Atenção Básica As Ferramentas Tecnológicas do Trabalho do NASF
https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top4_1.html

Projeto terapêutico singular Universidade Federal de Santa Catarina
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1089/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>

Plano Singular de Atendimento (PSA) - Primeira Infância Melhor
<https://sispim.saude.rs.gov.br/instrumentosPIM/Plano-Singular-de-Atendimento.pdf>

Abordagem familiar na Atenção Domiciliar / Genograma
https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-4_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf

O genograma - UNASUS
<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/15248/1/GENOGRAMA%20e%20ECOMAPA%20%281%29.pdf>

O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

A família como foco da Atenção Primária à Saúde
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>

Abordagem familiar na Atenção Domiciliar
https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-4_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf

Personagens dos Casos

Município de Rouxinol	
2485 habitantes	
100% de Cobertura da APS	
Equipe de Saúde da Família Sérgio Arouca	
Nome	Profissão/cargo
Lúcia	ACS
Tiago	ACS
Tabata	ACS
Priscila	ACS
Bruna	Assistente Social
Patrícia	dentista
Jéssica	Enfermeira
Matheus	médico
Matilda	Psicóloga
Simone	Secretária de Saúde
Sabrina	Técnica de Enfermagem

Município de Violeta	
435 mil habitantes	
63% de Cobertura de APS	
Equipe de Saúde da Família Nise da Silveira	
Nome	Profissão
Beatriz	ACS
Gustavo	ACS
Marcio	ACS
Lidia	ACS
João	Assistente Social
Aline	Enfermeira
Jussara	Médica
Sandra	Psicóloga
Gisele	Técnica de Enfermagem

processos fundamentais da APS RS



www.atencaobasica.saude.rs.gov.br



dapsrs@saude.rs.gov.br



[@dapsrs](#)



[@rbc_rs](#)



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE