

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE, COM ÊNFASE
NA FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DE RESIDÊNCIAS
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

FABIANA DAMO BERNART

**PLANEJAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DAS
REUNIÕES DE EQUIPES EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DO PAULISTA**

Recife
2019

FABIANA DAMO BERNART

PLANEJAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPES EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO PAULISTA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação na Saúde, com ênfase na formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em educação na saúde.

Orientadora: Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife
2019

FABIANA DAMO BERNART

PLANEJAMENTO COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPES EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO PAULISTA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação na Saúde, com ênfase na formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em educação na saúde.

Aprovado em: 08 / 05 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Dr. Domício Aurélio de Sá
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

B523p Bernart, Fabiana Damo.

Planejamento como estratégia de qualificação das reuniões de equipes de saúde da família no município do Paulista/ Fabiana Damo Bernart. — Recife: [s. n.], 2019.

28 p.: il.

Monografia (Curso de Especialização em Educação em Saúde, com ênfase na formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Pessoal de Saúde - organização & administração. 2. Organização e Administração – normas. 3. Planejamento. 4. Estratégia de Saúde da Família. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 331.101.262

*Dedico este trabalho à minha Família
que sempre esteve presente e me
apoiou e à minha filha.*

BERNART, Fabiana Damo. Planejamento como estratégia de qualificação das reuniões de equipes em unidades de saúde da família no município do Paulista. 2019. Monografia (Curso de Especialização em Educação na Saúde, com ênfase na formação de Preceptores de Residências Multiprofissionais em Saúde) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família deve atuar em seu território adscrito impactando nos indicadores e modificando a realidade de saúde local. No Município do Paulista o processo de trabalho instituído conta com um horário específico para reunião de equipe. A proposta desse espaço é, em conjunto, discutir os entraves e potenciais da equipe e do território para traçar estratégias de qualificação dos indicadores locais. Atualmente as reuniões de equipe nas Unidades Municipais são espaços desqualificados e sem discussões de planejamento local das atividades realizadas no território. A partir dessa realidade, o presente trabalho aborda a qualidade das reuniões de equipe e por meio de um Projeto de Intervenção atua na tentativa de modificar a realidade local. A proposta de intervenção foi realizada em uma Equipe de Saúde da Família por meio de oficinas educativas e construção coletiva de produtos importantes para o processo de trabalho. O resultado é um trabalho voltado para a realidade local e com exercício de planejamento das atividades.

Palavras- chaves: Equipe de saúde, Planejamento em saúde, Reunião.

BERNART, Fabiana Damo. Planning as a qualification strategy for team meetings in the family health unit in the municipality of Paulista. 2019. Monography (Specialization course in health education, with emphasis on the training of preceptors of multiprofessional residencies in health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

ABSTRACT

The Family Health Strategy must act in its ascribed territory, impacting the indicators and modifying the local health reality. In the municipality of Paulista, the established work process has a specific time for team meetings. The purpose of this space is, together, to discuss the obstacles and potentials of the team and the territory in order to draw up strategies for qualifying local indicators. Currently, team meetings in Municipal Units are unqualified spaces and without discussions of local planning of activities carried out in the territory. Based on this reality, this work addresses the quality of team meetings and, through an Intervention Project, acts in an attempt to change the local reality. The intervention proposal was carried out in a Family Health Team through educational workshops and collective construction of important products for the work process. The result is a work focused on the local reality and with an exercise in planning activities.

Key Words: Health Team, Health Planning, Reunion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO	13
3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA	14
4 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA	15
5 OBJETIVOS	16
5.1 Objetivo geral	16
5.2 Objetivos específicos	16
METODOLOGIA	17
6.1 Tipo do projeto	17
6.2 Local.....	17
6.3 Sujeitos envolvidos.....	17
6.4 Estratégias utilizadas.....	17
6.4.1 Formato e Metodologia das Oficinas.....	17
6.4.1.1 Oficina 1 - Diálogo da Situação de Saúde	18
6.4.1.2 Oficina 2 - Apresentação da equipe sobre o diagnóstico da situação de saúde	19
6.4.1.3 Oficina 3 - Planejamento da equipe da estratégia de saúde da família (anual e semanal) e avaliação final.....	20
6.5 Recursos materiais	21
7 RESULTADOS OBTIDOS	22
7.1 Avaliação da Oficina 1 - Diagnóstico da Situação de Saúde	22
7.2 Avaliação da Oficina 2 - Apresentação da equipe sobre o diagnóstico da situação de saúde	24
7.3 Avaliação da Oficina 3 - Planejamento da equipe da estratégia de saúde da família (anual e semanal) e avaliação final	24
8 CONSTRUÇÃO COLETIVA E PARTICIPAÇÃO DO RESIDENTE	26
9 REFLEXÃO DOS IMPACTOS DO “EU GESTOR” E DO “EU ESTUDANTE	28
10 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO	34

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica em Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza como a porta de entrada principal e o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

A Saúde da Família é estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica, tendo sido adotada a Estratégia de Saúde da Família com a perspectiva de mudança do modelo assistencial brasileiro. A qualificação dessa estratégia e de outras com o intuito de organização da atenção básica, devem seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais. No Brasil considera-se o protagonismo da ESF como via de acesso principal e rotineiro (ALMEIDA *et al.*, 2018; BRASIL, 2017).

As ações da atenção básica são operacionalizadas através de equipes multiprofissionais. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, as equipes são compostas pelo médico (a), enfermeiro (a), auxiliar ou técnico (a) de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo-se incluir agente de combate à endemia, o cirurgião-dentista, técnico de saúde bucal e o auxiliar de saúde bucal; a escolha de conformação de equipe fica sob a responsabilidade da gestão de saúde do município. Esse é, portanto, um modelo de atenção em que o cuidado primário está centrado em uma equipe multiprofissional, trabalhando de forma interdisciplinar e por meio de um conjunto ampliado de encontros clínicos que envolvem consultas individuais e atividades em grupo (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015).

Dessa forma, é evidente a importância do trabalho em equipe para a eficácia na estratégia de saúde da família. Gomes et al. (2000) relata que existem certas características que precisam estar presentes em um grupo para ser considerado como uma equipe, tais como: compromisso com as metas e objetivos da equipe

entre os membros; se há um interesse de cada membro pelo bem estar dos demais; se seus membros enfrentam os conflitos, ao invés de ignorá-los; se encaram as diferenças de pensamento como algo positivo e, potencialmente, capaz de trazer benefícios à equipe; se sabem ouvir uns aos outros; se todos têm iguais possibilidades de expor suas ideias; se seus membros não tomam decisões importantes de forma individual; se fazem avaliações periódicas do desempenho em equipe para que todos saibam o que está bom e o que pode e precisa ser alterado; e se a equipe comemora suas realizações.

Entre as funções da equipe de saúde da família deve estar a realização do planejamento anual e a partir disto, a organização de reuniões semanais, tendo cada equipe da ESF a responsabilidade de conhecer a realidade das famílias; pelo cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; por identificar os problemas de saúde prevalentes e as situações de risco aos quais a população está exposta; por elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; por prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea na UBS/PSF e na comunidade, por fim, por desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

Com isso, a responsabilidade do cuidado da equipe de saúde da família deixa de ser centrado na doença e passa pelo imperativo ético-político que envolve a apreensão do contexto socioeconômico e das diretrizes e princípios do SUS, o que potencializa, sem dúvida, os processos técnicos-científicos de prevenção, promoção e cuidado, mas os torna bastante complexos, exigindo da equipe a instituição de processos de trabalho que permitam o conhecimento e problematização da realidade da sua população adscrita a fim de garantir a organização e planejamento de suas ações para a melhoria da qualidade e acesso na atenção básica (CANTO, 2014).

No entanto, os conhecimentos descontextualizados e as disciplinas abordadas de forma segmentada na formação dos trabalhadores do setor saúde comprometem o alcance de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a

capacidade de trabalhar em equipe, reflexo da falta de interação e integração entre os profissionais, ocasionando uma divisão de trabalho pouco flexível e baixa resolutividade do cuidado (FARIAS *et al.*, 2018).

Para isto, é necessária a realização de reuniões para a organização do trabalho em equipe, sendo esta uma das bases fundamentais de sustentação da proposta de ESF, pois, reunir-se é ação estratégica: propicia o pensamento e a tomada de decisões, em conjunto, e de estratégias de intervenção que devem ser elaboradas conforme os recursos disponíveis (SANTA CRUZ *et al.*, 2008).

As reuniões técnicas são espaços favoráveis à integração e a interdisciplinaridade, mas na realidade, acabam se tornando momentos de repasse de informes administrativos, não havendo, portanto, a criação de canais de comunicação para discussão conjunta dos problemas, o que significa que não se estabelece entre a equipe uma relação de interação e resolutividade (UCHÔA *et al.*, 2012).

Santos *et al.* (2016) relata em seu estudo que o modo de trabalho em equipe influencia o atendimento na atenção primária. A falta de planejamento das ações coletivas e do compartilhamento de informações mostra que esses dois desafios precisam ser encarados para que o trabalho em equipe seja aperfeiçoado.

É importante destacar que de maneira geral, muitas equipes da estratégia de saúde da família têm realizado suas atividades de forma mais rotineira sem valorização e preparação de um planejamento baseado em diagnóstico de área. Gil (2005) relata que as práticas profissionais impressas pelo modelo flexneriano não valorizam tal percepção, limitando o cuidado às práticas pontuais e curativas.

Visando o aperfeiçoamento do desempenho e eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções da atenção básica, desde a promoção à reabilitação em saúde, o planejamento das ações pelas equipes de atenção básica passou a ser uma estratégia utilizada que permite esse alcance (CUNHA, 2016).

Paim (2006) afirma a necessidade de planejar em saúde quando relata em seu artigo que no caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente. Acresce-se a isso o fato de lidarem com situações

que envolvem a vida de milhões de pessoas e que podem resultar em doenças, incapacidades e mortes.

O planejamento estratégico, proposto por Matus (1993) é o método de planejamento ideal para ser aplicado com a equipe da estratégia de saúde. Este pressupõe quatro momentos para atuar no problema: momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, que compreendem desde a identificação do problema até a ação proposta a ser realizada para sanar o problema.

Além da questão do planejamento em equipe, Chai e Pereira (2016), reforçam a importância da participação da sociedade civil. Relatam que a falta de uma articulação interinstitucional da sociedade civil com setores públicos, somado à ausência de participação nos processos deliberativos, bem como agravado pela insipiente planificação das ações e dos serviços de saúde, resultam no cotidiano sentimento de ineficiência e de desserviço à população.

Segundo Cardoso e Schierholt (2014) numa sociedade democrática a viabilidade de todo e qualquer processo de mudança organizacional depende da abertura de processos intersubjetivos de “criação e recriação de acordos, de pactos, sempre conjunturais e transitórios”, entendendo que qualquer proposta de planejar e atuar deve ser discutida e pactuada entre os participantes e reavaliada periodicamente.

A melhoria do desempenho da atenção básica é algo permanente, pela função e resolutividade que a mesma possui na qualidade de vida da população. Diante do apresentado, é essencial para a qualificação da atenção básica a execução do planejamento em saúde baseado no trabalho em equipe. No que tange ao processo de trabalho em equipe, no município do Paulista atualmente, para a gestão municipal, um fato que pode apresentar-se como facilitador ou desafiador para sua realização: a rede de atenção básica do município, quase em sua completitude, passou por uma renovação recente a partir de concurso público. Dessa forma, a continuação do trabalho que vinha sendo realizado para a qualificação não é o suficiente, sendo necessário um novo início, pois, devem ser construídos novos vínculos (tanto entre a equipe quanto com a comunidade) e processos de trabalho.

Com o objetivo de qualificar a atenção básica, a Secretaria Municipal de Saúde do Paulista vem fortalecendo o processo de visitas/reuniões dos apoios de território as Unidades de Saúde da Família do município. Através de monitoramentos semanais, foi possível diagnosticar que a maioria das visitas/reuniões centravam as discussões somente em questões de infraestrutura das unidades de saúde e repasse de informações e que os indicadores de saúde, bem como as soluções para melhoria da situação de saúde da população do território, não eram pautados. A reunião deixa de ser um espaço potencializador da equipe multiprofissional para a organização do trabalho em equipe e planejamento em saúde.

A partir de todo o relato e usando como o método de Planejamento Estratégico de Matus, o objetivo desta deste trabalho é elaborar plano de intervenção para qualificar as reuniões das equipes da Estratégia Saúde da Família, no Município do Paulista, incorporando o Planejamento ao processo de trabalho local.

2 CENÁRIO DE INTERVENÇÃO

O município do Paulista está localizado na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco, estando 12,5 km distante da capital. Possui uma área territorial de 93,518 demográfica de 3.519,29 habitantes por quilômetro quadrado. Na rede de atenção à saúde municipal, no tocante à atenção básica, existem 44 Equipes de Saúde da Família, onde 26 delas possuem equipe de saúde bucal. O município tem seus bairros divididos em 04 territórios de saúde e cada território tem um apoio de referência para as equipes no tocante as questões de atenção básica.

Atualmente o município vem enfrentando uma grande dificuldade de acompanhar a atividade das equipes de saúde da família. Ao realizar as abordagens e visitas nas equipes é observado que não há planejamento das atividades realizadas durante a semana e as reuniões de equipe aparecem como espaço sem objetivo e sem pautas específicas. As equipes apresentam na rotina um mapa de diagnóstico que não condiz com a realidade e que não sofre atualização a um bom tempo.

O município possui um sistema de cadastros de usuários que pode auxiliar no diagnóstico e no planejamento das atividades, infelizmente a grande maioria não utiliza os dados para atuar em pontos críticos e vulnerabilidades de saúde.

Com a participação dos apoios de território nas reuniões de equipe, é possível perceber que a maioria das reuniões não apresentam um perfil de construção conjunta para ação a partir da situação de saúde territorial, as mesmas se apresentam como momentos para repasses de informação ou demandas para equipe de gestão. A fragilidade também é visualizada quando se analisa indicadores de saúde. A proposta de apoiar as equipes e cogerir os processos também perpassa pela fragilidade do apoio em gestão que não pactua em conjunto os indicadores de saúde e não instrumentaliza as equipes.

3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA

As reuniões de equipe devem ser utilizadas como espaço para construção das propostas de intervenção a partir de planejamento das atividades de acordo com as necessidades do território coberto.

A realidade das reuniões de equipe no Município do Paulista é de momentos pontuais para realização de discussões sobre as relações de trabalho sem abordagem de planejamento ou pautas específicas para discussões.

No ano de 2017 o município criou metas de produtividade e a reunião de equipe aparece como um dos indicadores importantes na Estratégia de Saúde da Família com objetivo de garantir a frequência das reuniões e posteriormente atuar na proposta de qualificação.

Entendendo que esse momento pode ser usado para construção de um planejamento multiprofissional a partir dos problemas reais do território e impactar nos resultados de indicadores e ações estratégicas, faz-se necessário qualificar as reuniões de equipe para modificar a realidade de vulnerabilidades no território coberto.

Importante destacar que o referido trabalho atua no processo de trabalho local na perspectiva futura de modificar os indicadores de saúde locais e assim trazer benefícios para os dados municipais e conseqüentemente em repasses e economicidade.

4 FORMULAÇÃO DA PERGUNTA

Questão-problema: Como qualificar as reuniões de equipe nas Equipes de Saúde da Família para impactar na realidade do município do Paulista?

Estas são perguntas auxiliares:

- a. Como qualificar o processo de trabalho nas equipes de saúde da família?
- b. Como utilizar as reuniões de equipe para qualificar esse trabalho?
- c. Outras perguntas auxiliares: A equipe faz diagnóstico de área? As reuniões de equipe têm pautas? A equipe faz planejamento de atividades? A equipe trabalha com indicadores? Tem sala de situação?

5 OBJETIVOS

Os referidos objetivos do trabalho são:

5.1 Objetivo Geral

Elaborar plano de intervenção para qualificar as reuniões das equipes da Estratégia Saúde da Família, no Município do Paulista, incorporando o Planejamento ao processo de trabalho local para otimizar e melhorar os indicadores de saúde da população.

5.2 Objetivos Específicos

- a. Requalificar o espaço da reunião de equipe como momento produtivo;
- b. Estimular construção do diagnóstico da área de cobertura;
- c. Estimular que o planejamento local a longo prazo seja realizado;
- d. Estimular o planejamento semanal da equipe;
- e. Avaliar o processo em conjunto com a unidade de saúde.

6 METODOLOGIA

O referido trabalho apresenta a metodologia descrita abaixo.

6.1 Tipo do Projeto

Projeto de Intervenção que se caracteriza por uma pesquisa-ação. Os sujeitos ao pesquisarem sua própria prática produzem novos conhecimentos e, a partir disso, apropriam e re-significam sua prática qualificando o processo de trabalho e melhorando seu desempenho.

6.2 Local

Para a integração e vínculo na troca de saberes, o grupo elegeu fazer a intervenção em apenas 1 equipe de Saúde da Família, garantindo o acompanhamento do percurso do conhecimento. A equipe escolhida, ESF Elzanir Ferreira, está localizada no bairro de Paratibe/Jardim Velho, com uma população cadastrada de 2.667 pessoas, com composição de profissionais: Médica, Enfermeira, Dentista, Técnica de enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Agentes Comunitário de Saúde.

6.3 Sujeitos Envolvidos

Equipe da Estratégia de Saúde da Família de Elzanir Ferreira, Equipe da Gestão da Secretaria de Saúde e residente em saúde coletiva.

6.4 Estratégias Utilizadas

Atuar nas reuniões de equipe com 03 Oficinas, utilizando a metodologia desenhada para cada momento conforme descrição abaixo:

6.4.1 Formato e Metodologia das Oficinas

Durante as atividades de planejamento, em conjunto com as residentes definimos iniciar um processo de territorialização. A partir das discussões, chegou-se a um consenso a importância de preparar o grupo bem como estabelecer uma formação em conjunto com a equipe, acerca dos conceitos de território e mapeamento com participação popular, para posteriores intervenções práticas no território de saúde.

Foi utilizada a proposta de oficinas, pois elas têm sido amplamente usadas em vários contextos da saúde para melhorar a qualidade dos serviços, debater sobre estratégias de ações, formação permanente de profissionais e trabalhadores, enfrentamento de nós críticos nos processos de trabalho e na promoção à saúde (LEMOS; AMARAL; AMORIM, 2010).

Os formatos de oficinas destacam-se na educação pela possibilidade de comunicação aberta, estabelecimento de compromissos, de responsabilidades compartilhadas e o exercício de habilidades reflexivas e críticas dos atores e sujeitos participantes (LEMOS; AMARAL; AMORIM, 2010).

Por isso, neste trabalho foram realizadas três oficinas, segue adiante temática, formato e metodologia das mesmas:

6.4.1.1 Oficina 1 - Diálogo da Situação de Saúde

O diagnóstico da situação de saúde é uma importante ferramenta de trabalho da equipe da estratégia saúde da família, que tem por objetivo, conhecer a área de abrangência da equipe, tendo em vista o planejamento das ações de saúde e a definição de prioridades da equipe (ANTONELLI, 2013).

Objetivo da oficina: Dialogar com a equipe sobre a importância do diagnóstico da situação de saúde para o conhecimento dos profissionais e trabalhadores, para planejamento em saúde e sua utilização para a avaliação do impacto das atividades/ações na situação de saúde da população.

- a. Mapeamento da área;
- b. História da Comunidade;
- c. Equipamentos sociais e recursos comunitários;

d. Indicadores de saúde.

O formato será com as cadeiras dispostas em um grande círculo e todos/todas da equipe serão convidados/convidadas a sentarem. Durante a atividade será passada uma ata, pois faz parte do processo de avaliação. A atividade ocorrerá no turno da tarde (13h30min às 15h30min).

Como forma de começar a interação será realizada uma dinâmica, do CHOCOLATE. Essa dinâmica foi escolhida para acolher e tentar valorizar as pessoas envolvidas no processo.

Como funciona: Cada participante recebe um chocolate e se apresenta dizendo nome e por que é importante.

Ao final da roda, a facilitadora irá fazer uma analogia com a importância da união do grupo para que seja se tenha um bom processo de aprendizagem e de trabalho.

Depois todos irão sentar e a facilitadora (gestão) irá começar a perguntar o que eles entendem por diagnóstico da situação de saúde. Aguarda o pessoal falar e logo em seguida faz-se uma explanação (pode-se interromper e tirar dúvida durante a fala da facilitadora) e então volta para eles de novo perguntando o que eles entenderam por diagnóstico da situação de saúde. Algumas perguntas-chave foram elencadas para serem abordadas com a equipe:

- a. O que é território?
- b. O que é área adscrita?
- c. O que seria cartografia participativa?

Depois é dada uma tarefa a equipe de que no próximo encontro (oficina 2) após 15 dias a equipe terá uma importante missão de apresentar o diagnóstico de saúde da área de abrangência da equipe. A apresentação é formato livre, e podem ser utilizados materiais de papelaria e a criatividade.

6.4.1.2 Oficina 2 - Apresentação da equipe sobre o diagnóstico da situação de saúde

A oficina 2 será um produto da oficina 1, neste segundo momento de encontro entre a Equipe da Estratégia Saúde da Família e a gestão de saúde do município

será apresentado o que a Equipe elaborou em relação a situação de saúde da comunidade que da área de abrangência da unidade da referida Equipe. Então, toda a Equipe terá a tarefa de em conjunto apresentar o diagnóstico de debater junto à gestão os problemas e potencialidades da comunidade. Este espaço será autogestionado pelos profissionais e trabalhadores da equipe.

O diagnóstico de área deverá ser composto de uma territorialização com avaliação dos mapas já existentes na unidade e análise dos indicadores de saúde locais para posteriores estratégias de impacto e mudança no território.

6.4.1.3 Oficina 3 – Planejamento da equipe da estratégia de saúde da família (anual e semanal) e avaliação final

O planejamento potencializa o alcance dos objetivos por reduzir as incertezas envolvidas no processo decisório. Portanto, planejar é uma atividade complexa por ser um processo contínuo de pensar o futuro, o que implica em tomada de decisão permanente, dentro de um contexto que sofre influências constantes (LACERDA; BOTELHO; COLISSI, 2016).

Quando se pretende alcançar objetivos complexos em organizações, como no caso da saúde, é imprescindível contar com um método de planejamento.

Então, as primeiras questões a serem respondidas ao iniciarmos o processo de planejamento são:

- a. Aonde queremos chegar?
- b. Quais os objetivos a serem alcançados?
- c. Qual a situação que consideramos ideal?

Este terceiro momento tem por objetivo dialogar junta a equipe a importância do planejamento das atividades desenvolvidas na unidade, tanto a realização de um planejamento anual, quanto um planejamento semanal, todo esse processo de planejamento é realizado através das reuniões de equipe, momento onde se pode discutir a situação de saúde da população adscrita e também das atividades e ações desenvolvidas pela equipe.

O Planejamento tem que ser baseado nas necessidades de saúde da população adscrita da unidade e para isso usamos questões disparadoras.

Questões disparadoras:

- a) O que é planejar?
- b) Tenho feito planejamento?
- c) Com quem tenho feito planejamento?
- d) Por que é difícil planejar?
- e) O que é necessário para construir um bom planejamento local?

Para facilitar os questionamentos e repostas, faremos a sugestão de utilização do AMAQ (ANEXO A) como instrumento norteador.

Posteriormente será feita uma dinâmica onde a equipe terá 30min para através do que foi dialogado anteriormente, realizar o planejamento da semana seguinte da unidade de saúde.

Para finalizar será realizada uma avaliação das oficinas e um encerramento com proposta de retorno para monitoramento e acompanhamento. A avaliação será realizada através da presença da equipe nas oficinas, sendo considerada uma boa avaliação em cada oficina, ter 75% da equipe presente.

A proposta de avaliação será a de fazer uma avaliação conjunta em roda de conversa e com opiniões sobre os momentos e sugestões para qualificação das oficinas.

A unidade receberá um quadro onde terá informações de que a unidade participou do diagnóstico de área. O trabalho desenvolvido será fotografado e também documentado em relatórios.

6.5 Recursos Materiais

Insumos para realização das oficinas, impressão dos instrumentos de trabalho e aplicação

- a. Recursos Humanos: Equipe da Estratégia de Saúde da Família, Equipe da Gestão da Secretaria de Saúde e residente
- b. Orçamento: o projeto não necessita de recursos financeiros para execução

7 RESULTADOS OBTIDOS

O projeto objetivou qualificar o espaço da reunião de equipe e estimular que nesse espaço seja traçado um planejamento semanal de atividades a partir das necessidades do território com objetivo de qualificar e melhorar os resultados para modificar, dentro das possibilidades, a realidade do local adscrito.

As oficinas foram realizadas em sua maioria dentro do planejado, mas com alguns entraves e modificações ao longo do processo.

Durante as oficinas buscamos seguir a referência teórica de Matus (1993) a partir dos momentos explicativo, normativo, estratégico e momento tático-operacional.

7.1 Avaliação da Oficina 1 - Diagnóstico da Situação de Saúde

A partir do objetivo inicial da oficina, apresentamos a proposta e abrimos espaço para diálogo e sugestões. A dinâmica sugerida serviu para destacar a importância do papel de todos os integrantes da equipe e gestão, cada um em sua esfera de atuação. Nesse primeiro momento ressaltamos que minha posição atual como Secretária de Saúde do Município deveria ser desconectada da prática na unidade, mesmo entendendo que isso poderia ter um peso ao longo das abordagens.

Tiveram falas como: “Eu sou importante, porque garanto o elo da comunidade com a unidade”, “Eu sou importante, porque amenizo a dor dos pacientes”.

Como a proposta era construir os conceitos e depois discutir, o grupo de 14 pessoas não permitiria uma discussão produtiva. A partir disso, foram divididos em 4 grupos denominados por cada coletivo: Grupo Tatuagem, Grupo Parada Dura, Grupo Bela Flor e Grupo Trio Ternura. Cada grupo deveria discutir qual seria os conceitos perguntas-chaves e sintetizar para apresentação.

A sistematização do conhecimento se deu por meio da explanação dos grupos. Cada Grupo teve a opção livre de apresentar os conceitos de acordo com sua visão. Alguns escreveram e outros desenharam o que representava cada questão.

Importante destacar que em vários momentos foi ressaltado que não haveria conceito pronto ou conceito perfeito. Os grupos trouxeram falas da realidade do serviço em saúde, sendo enfatizada a liberdade e a valorização de cada saber.

Perguntas problematizadoras sobre os conceitos foram lançadas a ESF, iniciando a discussão teórica em consonância com as perguntas-chaves. Foi realizada leitura em conjunto sobre diversos conceitos teóricos dos questionamentos.

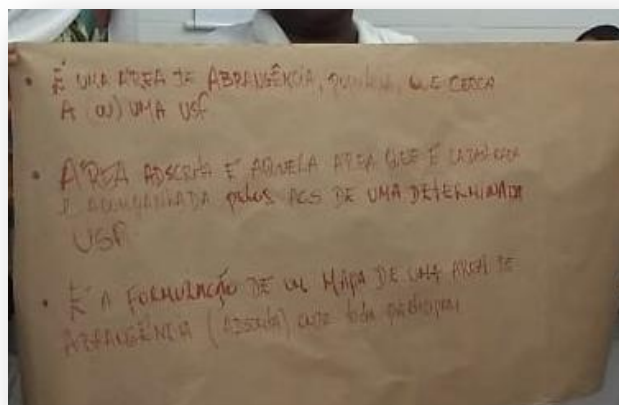
A roda de conversa fez o processo de construção e reconstrução dos conceitos possibilitando uma releitura das apresentações e rediscussão.

O encerramento se deu com a apresentação do mapa atual da unidade em foto e computador, para reavaliação do território e discussão de uma proposta de redesenho do mesmo e a produção da equipe para discussão da sala de situação.

A equipe destacou a necessidade de redesenhar o território, tendo em vista o número de pessoas cobertas abaixo da capacidade, e pactuou discutir o território e as microáreas de acordo com os fixos e fluxos dentro dos conceitos levantados.

Foi identificada uma necessidade de organizar o processo de trabalho interno; redistribuir as áreas entre os Agentes Comunitários de Saúde tendo em vista a desigualdade em número de usuários cobertos por agente e remapear o território. Entendemos que precisávamos apoiar a discussão de territorialização para organizar e assim fazer um diagnóstico de área posterior.

Figura 1 - Cartaz na apresentação feita por um dos grupos durante a Oficina.



Fonte: A autora

7.2 Avaliação da Oficina 2 - Apresentação da equipe sobre o diagnóstico da situação de saúde

A equipe sentiu a necessidade de adiar a entrega do produto, mas estava presente de forma integral na Oficina 2. Apresentaram Slides com uma proposta nova para remapeamento por quadra e cobertura de microáreas até então descobertas. Importante destacar que ampliaram a cobertura de 2.667 para 3.500 usuários, incluindo uma área de difícil acesso muito discutida na reunião anterior.

Com essa ampliação da cobertura entenderam que deveriam reavaliar o diagnóstico da área e foram debatidos os entraves e potencialidades da comunidade.

A possibilidade da equipe em trabalhar de forma conjunta e a apresentação de um produto fez com que entendêssemos o sucesso da oficina, apesar de ainda faltarem elementos como alguns indicadores de saúde para discussão e diagnóstico final.

Entendendo que o diagnóstico deve ser realizado de forma periódica, acreditamos que a oficina posterior deveria ser realizada da mesma forma.

7.3 Avaliação da Oficina 3 - Planejamento da equipe da estratégia de saúde da família (anual e semanal) e avaliação final

O diálogo sobre planejamento foi realizado em forma de roda de conversa. Iniciamos o processo de diálogo e leitura das questões norteadoras para ampliar a discussão.

Ao longo da discussão foi observado que o diagnóstico de área estava bem voltado pra questão territorial. Foi realizado um planejamento inicial para as atividades semanais e a organização da rotina da unidade com agendas fixas para as principais atividades necessárias que fazem parte das atribuições da Estratégia de Saúde da Família.

Mesmo com a presença de um produto, avaliamos que ainda não foi instituído o planejamento como rotina da unidade e, portanto, retornaríamos em alguns momentos para acompanhar e apoiar o processo de forma conjunta.

A avaliação foi realizada de forma verbal pelos participantes que destacaram o momento como positivo e que momentos como este deveriam ser realizados com maior frequência, alegaram que a presença da gestão nesses momentos é importante.

Utilizamos o AMAQ como norteador da avaliação, mas não realizamos a aplicação do instrumento de forma convencional. As questões foram lidas como disparadoras de reflexão.

A unidade receberá um quadro onde terá informações de que a unidade participou do diagnóstico de área. O trabalho desenvolvido foi fotografado e também documentado em relatórios.

8 CONSTRUÇÃO COLETIVA E PARTICIPAÇÃO DO RESIDENTE

O programa de residência no município sempre contou com o apoio da gestão e integração do residente no processo de trabalho de forma participativa.

Na definição da proposta de trabalho, o grupo de residentes presentes no momento fez uma construção coletiva e uma proposta de intervenção baseada na realidade do município e em suas vivências como residentes.

Ao longo das etapas houve mudança dos residentes, algumas incompatibilidades de agenda tendo em vista as atribuições existentes nos programas de residência e dificuldade de organização de acordo com os horários de reuniões da equipe e outras atribuições referentes ao trabalho da equipe e da gestão na Secretaria de Saúde.

Esperidião *et al.* (2018) destaca essas dificuldades em seu estudo. Relata que existe entrave na inserção dos residentes às equipes de gestão e equipes de saúde. Os entraves estão relacionados aos processos de trabalho nas instituições de saúde, cuja dinâmica apresenta-se com relativa complexidade, seja em suas funções, seja na interação entre os sujeitos. As dificuldades apontadas pelo estudo são reiteradas pela rotatividade dos residentes que acompanham atividades em distintos âmbitos da organização dos serviços no período dos dois anos da formação. Além deste, outro desafio relatado refere-se à integração que se faz necessária entre coordenação, professores, tutores e preceptores.

A Residente encaminhada pelo programa participou ativamente na construção das oficinas e na construção teórica do processo de intervenção. Conseguimos uma boa interação e, mesmo com a necessidade de atuar em diversos setores da secretaria, conseguiu contribuir com o processo.

A experiência dos programas de residência tem contribuído com os resultados e qualificação da gestão municipal, da mesma forma, os residentes tem relatado que a sua passagem no município contribuiu para sua formação de forma positiva.

Soares *et al.* (2018) conclui em seu artigo que o Programa de Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde representa uma inovação importante para a qualificação das práticas de planejamento nos

espaços locais, distritais e centrais da SMS. Relata ainda que se estabelece uma rede de reciprocidade e compromisso mútuo, para além dos processos educativos formais, tendo em vista que o objetivo precípua é contribuir para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários do SUS.

Essa realidade é visualizada na prática do programa onde a atuação e desempenho da gestão no município passa por entraves e burocracias que o planejamento frio não consegue mensurar. A vivência do residente nesses espaços tornará sua formação mais realista e permitirá atuar como profissional de forma mais qualificada e resolutiva nos espaços que integrar futuramente.

9 REFLEXÃO DOS IMPACTOS DO “EU GESTOR” E DO “EU ESTUDANTE”

Desde o primeiro momento tentamos desconstruir a figura que represento no município do Paulista a partir do cargo que ocupo de Secretária de Saúde com a figura da estudante de especialização que faria uma intervenção com o objetivo de apoio e na perspectiva de qualificar os processos.

Essa desconstrução não foi feita por completo tendo em vista que a relação de poderes se fez presente ao longo dos encontros. De forma muito clara as agendas eram feitas com mais facilidade e sempre foi notória a necessidade da equipe em não transparecer os conflitos e fragilidades para a figura gestora.

Em contraponto como gestora me colocava em situações de crítica com relação e minha gestão, com relação a equipe de saúde e a equipe que atua na gestão por indicação. É como se eu conseguisse enxergar a multicausalidade dos problemas e em alguns momentos pensei que não conseguiríamos ampliar o olhar e transformar o processo de trabalho.

Acredito muito que os processos de fragilidade na saúde têm um problema de destaque, que a dificuldade de relação e apoio entre as pessoas de maneira geral. Por diversas vezes avaliamos que a academia, a gestão, os serviços e a comunidade não têm diálogo e sim uma rede de culpabilidade que não favorece os encaminhamentos. Isso ficou notório nas reuniões. Algumas metodologias não faziam sentido para equipe, algumas necessidades de gestão do serviço também não, algumas faltas de comprometimento e muitas denúncias em relação a gestão, comunidade e da equipe para própria equipe ficavam explícitas ao longo das falas e posturas.

Independente de não transformar o processo como um todo, estreitamos vínculos, e a prática de gestão que tenho hoje reflete parte dos momentos que vivi dentro da unidade mesmo que pontuais. Os conflitos que vivenciamos dentro da equipe, dentro da comunidade e dentro da gestão e de um para com os outros fragilizam o processo de trabalho e nos vemos imersos em problemas que exigem respostas rápidas dificultando o planejamento e execução do mesmo na prática.

10 CONCLUSÃO

O projeto de intervenção realizado teve como objetivo atuar em uma unidade de saúde, em conjunto com os residentes de Saúde Coletiva, na tentativa de qualificar o processo de trabalho para que, de forma periódica, as equipes da estratégia de saúde da família consigam utilizar o espaço das reuniões de equipe para planejar suas atividades de acordo com a necessidade do território. Durante o processo, diversos entraves surgiram e na tentativa de superação, o projeto foi sendo adaptado para sua continuidade.

Ainda assim, a experiência aparece como exitosa entendendo que a equipe participante do projeto de intervenção está realizando reuniões com pautas elencadas previamente e na perspectiva de realizar um planejamento semanal. O grande desafio é avaliar como esse planejamento impactará diretamente nos indicadores de saúde e se modificará a realidade do território de referência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al. Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde e Debate, Rio de Janeiro, n. 42, p. 244-260, 2018.

ANTONELLI, F. C. F. Diagnóstico da situação de saúde: ferramenta de trabalho da enfermagem na saúde da família. 2013. 33 f. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2013. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9309>. Acesso em: 16 dez. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica - AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

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). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 1. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

CANTO, R. B. B. Planejamento das Equipes de Atenção Básica e Ações da Gestão para a Organização do Processo de Trabalho das Equipes: A contribuição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nos movimentos de mudança da gestão das equipes. 2014. 46 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde) - Faculdade

de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasília, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114807>. Acesso em: 14 dez. 2018.

CARDOSO, A. J. C.; SCHIERHOLT, S. R. Planejamento em Saúde. Tempus. Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 8, n.2, p. 133-140, 2014.

CHAI, C. G.; PEREIRA, I. P.. Planejamento em Saúde: Marcos Metodológicos, Limites e Possibilidades. Dir. Gar. Fund., Vitória, v. 17, n. 2, p. 527-550, jul./dez, 2016.

CUNHA, E. R. Planejamento das ações de saúde na atenção básica do nordeste do Brasil. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família).- Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

ESPERIDIÃO, M.A. et al. Supervisão na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva: concepções, práticas e perspectivas. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 58, p. 315-323, jul, 2018.

FARIAS, D. N. et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. Revista Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-161, jan/abr, 2018.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, abr. 2005.

GOMES, E. S.; ANSELMO, M. E. O; LUNARDI FILHO, W. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-480, 2000.

LACERDA, J. T.; BOTELHO, L. J.; COLUSSI, C. F. Planejamento na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

LEMOS, M. E. S.; AMARAL, M. A.; AMORIM, R. H. C. Oficinas de Educação em Saúde: uma Proposta de Aprendizagem. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL PBL, 2010, São Paulo. Anais. São Paulo: USP, 2010. v. 1, p. 1 - 15. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/pbl2010/trabs/trabalhos/TC0369-1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2018.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília. IPEA, 1993.

PAIM, J. S., Planejamento em Saúde para Não Especialistas *In*: CAMPOS, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-782.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.22, n. 1, p. 385-400, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Planejamento na atenção básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 62 p. Disponível em: https://unarus.ufsc.br/atencao_basica/files/2017/10/Planejamento-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf. Acesso em: 14 dez. 2018.

SANTA CRUZ, M. L. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). Psicologia Revista, São Paulo, v. 17, n.1, p. 161-183, 2008.

SANTOS, R. R. et al. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SOARES, C. L. M. et al. Residência em Saúde Coletiva com concentração em planejamento e gestão em saúde: a experiência do Instituto de Saúde Coletiva da

Universidade Federal da Bahia. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 58, p. 306-314, 2018.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO**I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE, COM ÊNFASE NA
FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM
SAÚDE – FIOCRUZ**

Eu, **Fabiana Damo Bernart** de CPF: 05968222433 e RG: 7032504 escrevi meu Trabalho de Conclusão de Curso do **I Curso de Especialização em Educação na Saúde com ênfase na formação de preceptores em Residências Multiprofissionais em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)** intitulado **QUALIFICAÇÃO DAS REUNIÕES DE EQUIPE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO PAULISTA**. O referido Trabalho foi elaborado como um projeto de intervenção realizado na perspectiva de educação em saúde e em revisão de literatura. Entendendo que não há exposição e que o trabalho acompanha o serviço que vem sendo executado no cotidiano do serviço pela Secretaria de Saúde do município do Paulista, informo que o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética.

Atenciosamente,


PREFEITURA MUNICIPAL DO PAULISTA
11.379-000
FABIANA DÁMO BERNART

ANEXO A - Instrumento AMAQ

DIMENSÃO: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

K - SUBDIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A organização do trabalho na atenção básica consiste na estruturação dos processos de trabalho da equipe que realiza o cuidado, envolvendo: adscrição do território; diagnóstico situacional do território; ações no território como a busca ativa e visitas domiciliares permanentes e sistemáticas, além de ações de prevenção e promoção; acolhimento resolutivo em tempo integral (com análise de necessidades de saúde, avaliação de vulnerabilidade e classificação de risco); atendimento de urgências e emergências médicas e odontológicas durante o tempo da jornada de trabalho da unidade de saúde; atenção orientada pela lógica das necessidades de saúde da população; planejamento das ações integrado e horizontalizado; serviços com rotinas estabelecidas em cronogramas, fluxogramas e protocolos clínicos; linhas de cuidado com definição, monitoramento e regulação de fluxos, solicitações e compromissos com outros pontos de atenção com vistas a coordenar o cuidado na rede de atenção; práticas sistemáticas de monitoramento e análise dos resultados alcançados pela equipe e avaliação da situação de saúde do território.

4.4 A equipe trabalha com território definido, mantém vínculo com a população e se responsabiliza pela atenção/resolução de seus problemas/necessidades de saúde. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe estabelece relações de vínculo e se responsabiliza pela resolução dos problemas de saúde da população adscrita, garantindo, assim, a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. É importante conhecer o território adscrito para obter informações das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação das equipes, para isso o ACS realiza o cadastramento das famílias de sua microárea.

4.5 A equipe planeja suas ações com base no diagnóstico situacional de seu território e envolve a comunidade, no planejamento das ações. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe faz o acompanhamento dinâmico da situação de saúde, mapeia adequadamente o território, representando-o de forma gráfica – com identificação dos aspectos geográficos, ambientais, sociais, econômicos, culturais, religiosos, demográficos e epidemiológicos –, associando-o com o cadastro atualizado de domicílios e famílias e informações vindas dos sistemas de informações e de outras fontes. Identifica durante seus atendimentos ou no território, indivíduos que fazem uso de Plantas medicinais e Fitoterápicos e/ou outros recursos terapêuticos das Práticas Integrativas e Complementares. A territorialização possibilita o planejamento das ações prioritárias para o enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes e/ou de maior relevância e em consonância com o princípio da equidade. O planejamento e a avaliação das ações implementadas possibilitam a reorientação permanente do processo de trabalho. A comunidade e instituições intersetoriais são envolvidas nesse processo, sempre na perspectiva de troca e integração de saberes popular e técnico-científico, ampliando a compreensão da equipe em relação à realidade vivida pela população e também o protagonismo desses atores.

4.6 A equipe organiza as agendas de atendimento individual dos diversos profissionais de forma compartilhada buscando assegurar a ampliação do acesso e da atenção à saúde em tempo oportuno aos usuários. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe organiza a agenda dos profissionais com base nas necessidades de saúde da população, pois isso contribui para que a ação da equipe seja integrada, multiprofissional e interdisciplinar. É importante, também, para a garantia de continuidade do cuidado

(programático ou não), reforçando o vínculo, a responsabilização e a segurança dos usuários. Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações: oferta programada para grupos específicos, para demanda espontânea (consulta no dia e o primeiro atendimento às urgências;) e para retorno/reavaliação de usuários que não fazem parte de ações programáticas.

4.7 A equipe utiliza ferramentas para auxiliar na gestão do cuidado de casos complexos. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe elabora, acompanha, gere e avalia os casos considerados complexos, bem como acompanha e organiza o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção da RAS. A equipe utiliza ferramentas para análise e planejamento de intervenções dos casos complexos como o Projeto Terapêutico Singular.

4.8 A equipe realiza coordenação do cuidado dos usuários do seu território. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe consegue acompanhar os casos dos usuários que necessitam ser encaminhados a outros serviços. Consegue definir quais usuários são prioritários para encaminhamento e isso efetivamente determina a ordem de atendimento. Ela consegue ter informações sobre o que foi proposto de tratamento (ou plano de cuidado ou etc) a esse usuário dialogando ou trocando informações com o profissional que o atendeu nesse outro ponto de atenção. Utiliza no seu cotidiano para fazer a gestão do cuidado ferramentas como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos sentinela e incidentes críticos, entre outros.

4.9 A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe mantém registro das referências, contrarreferências e solicitações de exames de todos os usuários. As informações, registradas em instrumentos além dos prontuários, e o monitoramento dos fluxos – casos atendidos/não atendidos (em especial, casos mais graves e/ou complexos) facilitam a coordenação do cuidado. Essas ações reduzem o tempo de espera e retorno das informações às unidades, objetivando concretizar o cuidado integral e em tempo oportuno.

4.10 A equipe de atenção básica utiliza estratégias ou ferramentas de abordagem familiar e de grupos sociais específicos. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe utiliza ferramentas ou estratégias que contribuem para maior visibilidade da estrutura dos indivíduos, famílias e suas relações pessoais (trabalho, moradia, entre outras). Auxiliam, também, na compreensão da interação entre os membros e das transformações nos diferentes ciclos de vida. São exemplos: genograma, ciclo de vida, mapeamento da rede social significativa, FIRO, PRACTICE, visita domiciliar, prontuário familiar (organizados por microáreas ou outros mecanismos que facilitem a organização do território) e outros.

4.11 A equipe de atenção básica oferece atendimento à população de, no mínimo, 40 horas semanais. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe garante atendimento semanal de, no mínimo, 40 horas, tendo em vista o seu amplo escopo de ações não apenas de atenção clínica individual, como também a realização de visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, acolhimento, ações de vigilância, ações coletivas no território e reuniões de planejamento e avaliação. Desta forma, o desenvolvimento das ações das equipes durante a jornada de trabalho aumenta o impacto na saúde e as possibilidades de manutenção e fortalecimento dos vínculos e a longitudinalidade

do cuidado. O atendimento clínico individual está disponível em horários que facilitem o acesso aos usuários (horários de almoço, fins de semana, período noturno, etc.).

4.12 A equipe de atenção básica realiza visita domiciliar de maneira sistemática, programada, permanente e oportuna. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A visita domiciliar é um importante instrumento da equipe de AB para produção de cuidados. Este instrumento possibilita conhecer melhor a comunidade e os riscos associados à conformação do território, fortalecer o vínculo e qualificar o acesso à saúde de pacientes acamados/com dificuldades de locomoção. Cumpre ainda outras funções importantes como: identificar os moradores por faixa etária, sexo, raça, condição de saúde e situação de risco e vulnerabilidade; conhecer as condições de moradia e trabalho, do entorno, hábitos, crenças e costumes; identificar situações de risco que demandem atendimento domiciliar ou atendimento com encaminhamento oportuno à UBS; estimular a reflexão sobre hábitos prejudiciais à saúde, orientando sobre medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde; informar sobre o funcionamento da UBS e as atividades oferecidas; orientar e acompanhar a população quanto ao uso correto de medicamentos e atividades de autocuidado; registrar adequadamente os dados relevantes para os sistemas de informação no âmbito da AB. As visitas deverão ser programadas em conjunto pelos profissionais da equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes.

4.13 A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza acolhimento a demanda espontânea durante todo o período de funcionamento da UBS. Oferece acolhimento humanizado a todos os usuários do seu território com: escuta qualificada, classificação de risco e vulnerabilidades, com utilização de protocolos e definição de critérios para agendamento de consultas. A equipe realiza o primeiro atendimento dos usuários que precisam ser atendidos no dia e realiza atendimento às primeiras urgências, referenciando para outros pontos da rede de atenção, quando necessário. Assim, garante, o acesso e resolutividade. A equipe utiliza os dados do acolhimento para orientar/reorientar o planejamento das ações.

4.14 A equipe realiza o primeiro atendimento às urgências. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe acolhe a demanda de usuários com quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, fornecendo o primeiro atendimento às urgências básicas. Depois desse primeiro atendimento, a equipe garante a continuidade do acompanhamento em agenda programada (se houver necessidade), ampliando, assim, a resolutividade da AB e fortalecendo o vínculo equipe– comunidade.

4.15 A equipe realiza reuniões periódicas. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe realiza reuniões periódicas (semanal ou quinzenal), com duração adequada às necessidades de discussão da equipe. Utiliza esse momento para discutir questões referentes às questões administrativas e funcionamento da UBS, organização do processo de trabalho, diagnóstico e monitoramento do território, planejamento das ações, educação permanente, avaliação e integração com troca de experiências e conhecimentos, discussão de casos, planejamento e organização das visitas domiciliares, avaliação dos grupos que estão sendo desenvolvidos na comunidade, discussão de casos pela equipe (eventos sentinelas, casos complexos), qualificação clínica com participação de equipes de apoio matricial (NASF, CAPS, CEO, especialistas da rede e da vigilância), construção/discussão de projeto terapêutico singular, monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde, dentre outros. É importante que a equipe realize junto com o ACS as o planejamento das ações no território.

4.16 A equipe de atenção básica realiza a alimentação do Sistema de Informação vigente da Atenção Básica de forma regular e consistente. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe mantém atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal. Registra informações referentes aos serviços ofertados pela UBS, e utiliza, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

4.17 A equipe realiza monitoramento e avaliação das ações e resultados alcançados. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A equipe monitora e avalia as ações desenvolvidas no território. Discute sobre o seu fazer cotidiano e os resultados obtidos, identifica e implementa estratégias de intervenção para o enfrentamento e a redefinição de rumos. Monitora, avalia e discute resultados em equipe, com vistas à melhoria dos processos de trabalho, amplia a possibilidade de resultados satisfatórios, de qualificação dos serviços prestados e de satisfação dos profissionais e usuários.