



# Estratégia Qualifica APS/SC

**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Carlos Moisés da Silva

**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE**

HELTON DE SOUZA ZEFERINO

**SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE**

ANDRÉ MOTTA RIBEIRO

**PRESIDENTE DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

ALEXANDRE LENCINA FAGUNDES

**SUPERINTENDENTE DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DO SUS**

CARMEM REGINA DELZIOVO

**GERENTE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

MARIA SIMONE PAN

## **EQUIPE DO NUCLEO DA ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC**

Iraci Batista da Silva

Marly Denise Wuerges de Aquino

Dalva Maria dos Passos

## **GRUPO DE TRABALHO**

Iraci Batista da Silva

Marly Denise Wuerges de Aquino

## **Agradecimentos**

À todos os servidores que compreendem e trabalham para a ampliação do acesso e qualificação da Atenção Primária em Saúde

## Sumário

1. Introdução .....	6
2. Estratégia Qualifica APS/SC e a Tutoria .....	9
3. Objetivo Geral .....	10
4. Metodologia da Implantação da Estratégia Qualifica APS/SC .....	12
4.1 Oficinas Presenciais .....	14
4.2 Percurso de Adesão à Estratégia Qualifica APS/SC .....	15
4.3 Passo a passo para operacionalização das oficinas .....	15
4.4 Sugestão de Conteúdos para as Oficinas Presenciais .....	16
4.5 Questões norteadoras que devem ser abordadas durante as oficinas para análise da realidade. Pense no processo de trabalho de sua equipe refletindo sobre as seguintes questões e outras que achar pertinentes.....	18
4.6 Situações problema sugeridas para discussão nas oficinas: .....	20
5. Desenvolvimento da estratégia Qualifica APS/SC pelas equipes de AB/ESF/SB.....	22
5.1 Passo a passo do processo de desenvolvimento da Estratégia Qualifica APS/SC pelas equipes.....	22
6. Atribuições dos Tutores .....	24
7. Capacitações Complementares.....	25
8. Considerações.....	26
9. ANEXOS.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	50

## 1. Introdução

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde reafirmou a universalidade de acesso à saúde ao dispor “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” (BRASIL, 1990).

O conceito de acessibilidade se refere à facilidade com que as pessoas obtêm assistência à saúde, definida como a capacidade de prestação de serviços para resposta às necessidades de saúde. (DONABEDIAN, 2003; FRENK, 1985).

Segundo Starfield (2002), o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde, a atenção primária, deve ser de fácil acesso para a população. Esta porta de entrada ao sistema de saúde encontra referência também na Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006) que assegura a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde de forma ordenada e organizada, ocorrendo prioritariamente por meio dos serviços de saúde da Atenção Primária, próximos ao local de moradia dos usuários.

Para Mendes (2002), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve cumprir três funções essenciais:

- a) **Resolução:** visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- b) **Organização:** visa organizar os fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- c) **Responsabilização:** visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Em 2006 foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, sendo revisada em 2011 e 2017. A PNAB considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas na Portaria de Consolidação n. 2, anexo XXII (origem Portaria MS/GM nº 2436 de 2017).

O Decreto nº 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS (Sistema Único de Saúde) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Para ampliar acesso é essencial diversificar e qualificar as formas de comunicação dos usuários com a equipe de saúde, com prioridade para o uso do telefone celular da equipe e correio eletrônico, que devem se transformar em recursos cotidianos de atendimentos,

agendamentos e orientações para usuários e profissionais. Como prioridade é necessário diminuir a rigidez das agendas, tornando-as mais flexíveis, ampliando o acesso e procurando “fazer o serviço de hoje, hoje” (TESSER, 2015).

O acesso deve ser objeto de regramento e metas claras por meio de negociações e pactuações entre gestores, profissionais e usuários, de modo a serem estabelecidos padrões pactuados de acesso (tempo de espera, atendimento à demanda espontânea, entre outras) que possam ser acompanhados pela gestão local e pelo Conselho Municipal de Saúde, associados com compromissos de manutenção de uma completude mínima nas equipes que viabilize tais padrões (TESSER, 2018)

Em Santa Catarina, a implantação das equipes de saúde da família (ESF) iniciou em 1994, com intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços básicos de saúde. Em 2004, a SES/SC iniciou o repasse de incentivos financeiros aos municípios incluídos no Programa Catarinense de Inclusão Social (PROCIS). A partir do ano de 2007, a SES vem repassando recursos financeiros fundo a fundo aos municípios, mensalmente, para apoiar a APS.

Em 2009, Santa Catarina foi o primeiro estado no país a contar com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos os municípios. Toda essa expansão, que, por um lado, inegavelmente ampliou o acesso das pessoas à APS, por outro, por vezes, ainda carece de ampliação na qualidade dos serviços oferecidos à população.

O acesso com qualidade é uma das prioridades da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) para a APS, compreendendo que essa busca da qualidade possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares e da gestão – e outra externa, que fala da inserção da APS na rede de atenção para promover a integralidade do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população.

A SES/SC vem promovendo em parceria com os municípios e governo federal, a organização da APS ao longo dos anos. No Estado algumas estratégias realizadas até o momento incluem:

**a)** incentivo financeiro estadual ao fortalecimento da atenção básica, incluindo as equipes de Saúde da Família (ESF), Saúde Bucal (SB) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASFs - Santa Catarina) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) microrregionais;

**b)** criação de prêmios aos municípios e às equipes da Saúde da Família visando estimular a avaliação do processo de trabalho e produção (divulgação) dos trabalhos desenvolvidos dos resultados alcançados;

- c) realização de encontros macrorregionais/regionais e Estadual da Saúde da Família;
- d) realização do monitoramento geral das equipes da Estratégia Saúde da Família;
- e) avaliação da atenção básica, em parceria com Universidade Federal de Santa Catarina com o Núcleo de Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC), em 2004;
- f) publicação e/ou apoio para publicações de revista e/ou documentos de divulgação da estratégia de saúde da família e de troca de experiências das equipes e dos municípios.

Em 2007, em parceria com o CONASS foram realizadas oficinas de planificação da APS nas macrorregiões norte e nordeste. Em 2009 e 2010 foram realizados cursos presenciais (Curso Introdutório) para as equipes de saúde da família nas regiões do Meio Oeste, Oeste e Alto Vale do Rio do Peixe numa parceria entre os municípios e o estado. Em 2015 e 2016 foram realizadas oficinas de capacitação para as equipes de ESF (Curso Introdutório) nas regiões do Planalto Norte, Planalto Nordeste, Serra Catarinense, Alto Vale do Itajaí e Sul Catarinense.

A implantação da Estratégia Qualifica APS/SC, proposta neste momento pela SES/SC vem reforçar a necessidade do apoio institucional para o alcance da resolutividade da atenção. O apoio às equipes se dará a partir da lógica da TUTORIA, sendo indispensável à compreensão ampliada desta proposta.

A SES/SC está elaborando o “Sistema Estadual de Acreditação em Saúde” com o objetivo de avaliar as equipes de AB/ESF através de indicadores selecionados. Haverá transferência de recursos financeiros (co-financiamento) para as equipes certificadas de acordo com padrões de avaliação. Entende-se que a adesão à Estratégia Qualifica APS poderá se constituir em importante ferramenta de qualificação.



## **2. Estratégia Qualifica APS/SC e a Tutoria**

Para dar continuidade ao processo de educação permanente, a SES/SC definiu como proposta central a implantação da Estratégia Qualifica APS/SC de forma sistematicamente organizada, longitudinal e crítica/reflexiva, no modelo de TUTORIA. A utilização de metodologias ativas (Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire) tem com objetivo estimular a reflexão crítica e a criatividade para a superação das dificuldades durante todo o percurso.

**A primeira etapa** da implantação da Estratégia Qualifica APS/SC iniciou em 2018 com o curso EAD/Telessaúde denominado “Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Primária em Saúde Qualifica APS/SC” com o intuito de nivelar e ampliar conceitos sobre os atributos e responsabilidades da Atenção Primária na Rede de Saúde. Foram convidados a participar desta etapa todos os profissionais dos municípios e Estado, instituições de ensino e demais interessados em fortalecer a APS (535 inscritos).

**Na segunda etapa** serão realizadas oficinas presenciais (estadual, regionais e municipais) para conhecimento e sensibilização e para a formação de tutores da Estratégia.

As oficinas terão como base a problematização da realidade e a sistematização dos quatro atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2004).

Importante destacar que na busca de uma atuação integrada e interdisciplinar, todos os profissionais da APS devem melhorar e expandir continuamente suas habilidades para o trabalho colaborativo. Processos de transferência de saberes e habilidades devem ser constantes na prática diária da equipe com o objetivo de constituição de equipes mais funcionais (GÉRVAS & PÉREZ FERNANDES, 2011). A discussão sobre o papel dos diferentes profissionais deverá se constituir em pauta permanente de reflexões.

O tutor deverá ter clareza do processo metodológico, interagindo com os profissionais de saúde das equipes na proposta de “aprender fazendo junto”.

### **3.Objetivo Geral**

Ampliar e fortalecer a atenção à saúde na APS como porta de entrada prioritária na rede de atenção à saúde (RAS) a partir da (re) organização do processo de trabalho das equipes, na proposta de tutoria, objetivando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção para todos os usuários dos municípios, implantando/implementando o “Acesso Avançado” como estratégia de organização do processo de trabalho (Anexo 1).

### **Objetivos Específicos**

- ✓ Fortalecer e ampliar a atuação das Gerência Regionais de Saúde no apoio aos municípios para a melhoria da qualidade da APS, bem como da Gerência Estadual;
- ✓ Apoiar a gestão municipal e os profissionais das equipes da APS na organização do processo de trabalho objetivando a melhoria do acesso dos usuários para a integralidade e resolutividade da atenção;
- ✓ Fomentar a utilização da territorialização, cadastro da população e indicadores de saúde para a organização da atenção aos usuários da área de abrangência;
- ✓ Fomentar a discussão sobre o entendimento e fragilidades da dicotomia entre “agenda programada” e “demanda espontânea”;
- ✓ Apoiar a implantação/implementação do acolhimento dos usuários, a partir da escuta, organizando a partir desta o atendimento das suas demandas e necessidades, implementando a organização do processo de trabalho;
- ✓ Estimular a organização da agenda dos profissionais médico, cirurgião- dentista e ou enfermeiro com o objetivo de ampliar o acesso, reduzir o absenteísmo e maximizar a oferta de consultas de acordo com a melhor disponibilidade para o usuário, evitando agendamentos a médio e longo prazo, bem como de retornos que possam comprometer a agenda;
- ✓ Oportunizar reflexões para o estabelecimento de estratégias criativas de mudança do processo de trabalho fomentando a responsabilização da equipe multiprofissional no atendimento das demandas e necessidades de saúde da população;
- ✓ Estimular reflexões para a ampliação das atribuições de cada membro da equipe de APS com vista ao trabalho colaborativo;
- ✓ Monitorar conjuntamente o atendimento das demandas pontuais e de urgência/emergência realizadas pelas equipes de APS;

- ✓ Monitorar indicadores de morbimortalidade/sociodemográfico, internações por causas sensíveis à APS e cobertura da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde.
- ✓ Divulgar junto à comunidade à implantação da estratégia para participação do usuário no processo (participação comunitária)

Todo o processo de trabalho será organizado, monitorado e avaliado junto às equipes dos municípios.

#### **4. Metodologia da Implantação da Estratégia Qualifica APS/SC**

A proposta da Estratégia Qualifica APS/SC foi apresentada e aprovada na Câmara Técnica de Atenção Básica da CIB/SC em 09/08/2018 e no Encontro Estadual de Fortalecimento da APS/SC, em agosto de 2018. Foi realizada, no segundo semestre de 2018, uma via vídeo-conferência para as Gerências Regionais de Saúde.

Em 2018 foi ofertado curso à distância pelo Telessaúde “Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Primária em Saúde: Qualifica APS/SC” como requisito para a constituição de tutores regionais e municipais da Estratégia Qualifica APS/SC. Houveram 533 inscritos entre profissionais do nível central da Secretaria de Estado da Saúde, Gerências Regionais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Universidades e outras instituições. Este curso é composto por dois blocos: O primeiro bloco com 100 horas é composto por cinco módulos que aconteceram em 2018:

1. A concepção de saúde e a organização da APS: de 03/09 a 02/10/2018
2. Processo de Trabalho na APS: organização da atenção: de 03/09 a 02/10/2018;
3. Ferramentas para o trabalho na APS: de 03/10 a 01/11/2018;
4. Monitoramento, Avaliação e Planejamento local das ações de APS: de 03/10 a 01/11/2018;
5. Participação Comunitária e Controle Social: de 02 a 31/11/2018.

O segundo bloco com 80 horas é denominado Rede de Atenção à Saúde (fevereiro 2019) e Acesso (maio de 2019).

A oferta dos cursos EAD/Telessaúde se constituem numa importante ferramenta de atualização de conteúdos teóricos relativos à Atenção Primária em Saúde devendo ser estimulada continuamente (educação permanente em saúde).

Como seguimento serão realizadas web conferências pelo Telessaúde para discussão da Estratégia Qualifica APS/SC e posteriormente serão realizados fóruns de discussão. A proposta da Estratégia Qualifica APS/SC será pautada nas CIRs para adesão dos municípios.

A proposta também foi apresentada aos técnicos da GEABS; parte-se do entendimento de que todos estes técnicos tem competência e habilidades para se constituírem como tutores estaduais para ofertar apoio institucional aos tutores regionais e municipais.

Em 2019 serão realizadas oficinas presenciais organizadas pelo Núcleo QualificaAPS/SC com os técnicos das Gerências Regionais de Saúde (gerentes, coordenadores de Atenção Básica e coordenadores da Vigilância Epidemiológica), articuladores da CIES e apoiadores do COSEMS. Estes profissionais se constituirão em

tutores regionais da Estratégia. A realização das oficinas presenciais com os profissionais da Atenção Primária à Saúde dos municípios será de responsabilidade das Gerências Regionais de Saúde para conhecimento da proposta e formação de tutores municipais.

Os tutores municipais deverão organizar seu processo de trabalho para elaborar e acompanhar o processo de implantação da Estratégia Qualifica APS/SC das equipes dos seus respectivos municípios.

Os gestores regionais e municipais deverão disponibilizar aos tutores regionais e municipais tempo e horário protegido para o exercício da tutoria, enquanto ferramenta de educação permanente em saúde.

O apoio dos tutores regionais e municipais durante todo o processo se faz necessário, tendo em vista que o papel dos tutores não é gerencial e nem fiscalizador, mas de acompanhamento. O papel fundamental dos mesmos é prestar apoio técnico operacional e educacional às equipes no desenvolvimento do processo de trabalho na APS, com base nas metodologias ativas. O tutor municipal deverá realizar atividades presenciais e a distância (reuniões virtuais) propondo pactuações com as equipes.

Importante destacar que o processo da educação permanente, na proposta da tutoria deve se dar de forma contínua, porque novos problemas aparecem o tempo todo devido à complexidade do trabalho da APS.

A adesão das equipes se dará a partir do comprometimento com a melhoria da qualidade da atenção na APS e da motivação institucional da gestão estadual, regional e municipal, a partir de pactuação institucional.

A proposta da Estratégia Qualifica APS/SC deverá ser apresentada nas dezesseis CIRs, para aprovação e constar em ata. Os secretários deverão assinar o “Termo de Adesão Municipal” (Anexo 3).

As UBSs deverão assinar o “Termo de Adesão da UBS”, assinado pelo Coordenador e os respectivos coordenadores das equipes (Anexo 3.1).

A proposta da Estratégia Qualifica APS/SC será considerada como pré-requisito para adesão ao Sistema Estadual de Acreditação em Saúde da SES.

Vale destacar que a adesão à Estratégia Qualifica APS/SC não envolverá repasse de recursos financeiros aos municípios. A proposta está centrada na qualificação dos profissionais a partir dos pressupostos da Educação Permanente em Saúde.

Além disso, propõe-se que a equipe de AB/ESF que aderiu à proposta afixe na UBS o “Cartaz da UBS de adesão ao QualificaAPS/SC” (Anexo 4).

#### **4.1 Oficinas Presenciais**

As oficinas presenciais serão organizadas a partir do entendimento dos atributos da APS e da clínica centrada na pessoa, utilizando situações reais vivenciadas no cotidiano das UBS como base para a problematização e busca de soluções inovadoras e criativas.

Espera-se que as discussões realizadas propiciem reflexões sobre o processo de trabalho das equipes e do acesso dos usuários, como ponto de partida para novos arranjos na oferta do cuidado singular, integral e longitudinal na APS, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Os tutores dos municípios (coordenadores de Atenção Básica, coordenadores de Distrito Sanitário, coordenadores de UBS e coordenadores de equipes e ou outros profissionais comprometidos com a garantia do acesso) organizarão as oficinas de acordo com o número de equipes de modo que os conteúdos abordados possam ser assimilados de forma crítica e reflexiva. Sugere-se que cada oficina seja composta por no máximo três equipes (profissionais de AB/ESF, ACS, NASF, equipe de saúde bucal).

Após estas oficinas, os profissionais das equipes da UBS deverão preencher a “Matriz de Intervenção” proposta (Anexo V), como estratégia de diagnóstico e planejamento do processo de trabalho. As ações propostas nesta matriz serão acompanhadas pelo tutor junto às equipes, mensalmente ou conforme pactuação.

O tutor municipal deverá participar das reuniões mensais e das reuniões semanais das equipes de AB, comprometendo-se com a implementação do processo.

A evolução do processo de trabalho das equipes deverá ser pautada nas reuniões com o gestor municipal (reuniões de planejamento) e nas reuniões dos Conselhos Municipais e Locais de saúde.

As reuniões das CIRs deverão se constituir em espaços privilegiados de troca de experiências relativas à melhoria dos processos de trabalho das equipes. Sugere-se a organização de encontros regionais para apresentação de experiências inovadoras.

A adesão das equipes se dará a partir do comprometimento com a melhoria da qualidade da APS e da motivação institucional da gestão estadual, regional e municipal. A adesão se dará a partir de pactuação institucional através de Termo de Adesão assinado entre gestor municipal, coordenador de UBS e equipe de APS no âmbito da CIR.

Vale destacar que o Termo de Adesão não envolve transferência de recursos financeiros, mas de tecnologia para qualificação da APS.

Obs: Para alcançar os objetivos da Estratégia Qualifica APS/SC todos os profissionais das equipes de AB/ESF devem obrigatoriamente cumprir a carga horária de 40 horas semanais, conforme pactuado em Tripartite (PNAB/2017).

#### **4.2 Percurso de Adesão à Estratégia Qualifica APS/SC**

✓ Gerentes Regionais de Saúde apresentam a proposta nas dezesseis CIRs até junho de 2019.

Obs: mediante aprovação da proposta na CIR, os municípios aderirão progressivamente

✓ Gerentes Regionais de Saúde devem elaborar o cronograma das oficinas municipais até final de maio de 2019 e enviar para o Núcleo da Estratégia Qualifica APS/SC.

Obs: as oficinas municipais serão de responsabilidade das Gerências Regionais de Saúde (coordenador regional de Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica) em parceria com os articuladores regionais das CIEs, apoiadores descentralizados do Cosems e outros atores que podem contribuir no processo de formação de tutores municipais (coordenadores municipais de AB e profissionais com experiência em Acesso Avançado).

#### **4.3 Passo a passo para operacionalização das oficinas**

##### **Primeiro passo:** Oficina Estadual

Organizadores: GEABS, CIES estadual, Residência de Medicina de Família e Comunidade.

Público alvo: Gerentes Regionais de Saúde, Coordenadores Regionais de AB, Coordenadores Regionais da Vigilância Epidemiológica, Articuladores Regionais da CIES, Apoiadores Descentralizados do COSEMS e Supervisor Regional Saúde Bucal.

##### **Segundo passo:** Oficinas Regionais para os municípios que aderiram à proposta

Organizadores: Gerentes Regionais de Saúde, Coordenadores Regionais de AB, Coordenadores Regionais DIVE, Articuladores Regionais CIES e Apoiadores do COSEMS e demais profissionais com experiência no Acesso Avançado (coordenadores municipais de AB).

Público alvo: Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores Municipais de AB municipais, Coordenadores Municipais da DIVE, Articuladores CIES e COSEMS.

Obs: Trata-se de um processo em construção; portanto deverão ser organizadas tantas oficinas quantas forem necessárias para atingir todos os municípios de abrangência da Gerência Regional de Saúde que aderiram à proposta.

**Terceiro passo:** Oficinas com as equipes dos municípios e acompanhamento do tutor selecionado.

Organizadores: coordenadores municipais de AB, articuladores CIES, articuladores Cosems, tutores municipais selecionados ou já existentes.

Público alvo: equipes de AB/ESF (incluindo equipes de Saúde Bucal) e NASF.

#### 4.4 Sugestão de conteúdos para as Oficinas Presenciais

##### **OFICINA 1- Metodologias Ativas e Primeiro Contato**

<b>PROGRAMAÇÃO DA OFICINA</b>		
<b>PRIMEIRO DIA</b>		
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>TEMA</b>
09h00min – 09h15min	Dinâmica	
09h15min – 09h30min	Apresentação	
09h30min – 10h00min	Metodologias Ativas e Discussão	Metodologia Proposta
10h00min – 10h30min	Leitura do texto sobre Acesso	Acesso
10h30min – 10h45min	Apresentação de uma Situação Problema relativa ao Primeiro Contato	Primeiro Contato
10h45min – 11h30min	Pequenos Grupos para Discussão fazendo referência à sua própria Unidade de Saúde	Contextualização da realidade
11h30min - 12h00min	Relato sobre o Primeiro Contato (acesso) ofertado pela equipe	Análise da Realidade
12h00min – 13h30min	Intervalo para Almoço	
13h30m – 14h30min	Continuação da apresentação dos pequenos grupos	
14h30min – 15h30min	Relembrando “Organização do acesso e gestão da agenda”	Organização do acesso e gestão da agenda
15h30min – 16h00min	Apresentação de modelos de organização de agenda.	Modelos de organização da agenda
16h00min – 16h30min	Como é a organização do acesso e das agendas dos profissionais da sua equipe de saúde?	Análise do processo de trabalho das equipes



16h30min 17h00min	–	Descreva o modelo de organização das agendas de sua equipe (Carta do Processo de Trabalho das Equipes)	Modelo de agenda
17h00min 17h30min	–	Apresentação dos relatórios de Primeiro Contato e agenda das equipes	Apresentação das agendas
17h30min		Encerramento do dia	

## **OFICINA 2 – Integralidade, Coordenação do Cuidado e Longitudinalidade**

<b>PROGRAMAÇÃO DA OFICINA</b>		
<b>Segundo dia</b>		
<b>HORÁRIO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>TEMA</b>
09h00m – 09h15min	Dinâmica	
09h15m – 09h30min	Relembrando o conceito de Integralidade. Na sua prática diária dos serviços de saúde como você definiria a integralidade?	Integralidade da Atenção
09h30m – 10h00min	Situação problema relacionada à Integralidade	Situação problema
10h00m – 10h30min	Discussão em pequenos grupos	
10h30m – 10:45	Intervalo	
11h00m – 11h30min	Apresentação da discussão dos pequenos grupos	
11h30m - 12h00min	Relembrando o conceito de Coordenação do Cuidado	Coordenação do Cuidado
12h00m – 13h30m	Intervalo para Almoço	
13h30m – 13h45m	Dinâmica	
14h00min 14h30min	– Apresentação de uma situação problema e discussão em pequenos grupos	Situação problema
14h30min 15h00min	– Apresentação das discussões	
15h00min 15h30min	– Relembrando o conceito de longitudinalidade	Conceito de Integralidade e longitudinalidade
15h30min 16h00min	– Apresentação de situação problema e discussão em pequenos grupos	
16h00min 16h30min	Apresentação dos pequenos grupos	
16h30min 16h45min	Debate final	
16h45min 17h30min	Avaliação	
	Encerramento do dia	

Obs: Considerando que o processo de educação permanente em saúde é dinâmico, as oficinas poderão ser implementadas de acordo com a realidade local.

**4.5 Questões norteadoras que devem ser abordadas durante as oficinas para análise da realidade. Pense no processo de trabalho de sua equipe refletindo sobre as seguintes questões e outras que achar pertinentes.**

- ✓ A escuta é realizada para todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde? Demandas pontuais e ou de urgência, gestantes, crianças, hipertensos/diabéticos, mulheres para a realização do exame citopatológico, solicitação de exames e consultas de forma geral, demandas odontológicas, entre outras questões trazidas?
- ✓ A partir da escuta inicial por algum membro da equipe, o usuário é atendido no mesmo dia? Se não for possível, e de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade, é agendado para um período máximo de 72 horas, de acordo com a melhor disponibilidade para ele?
- ✓ A equipe disponibiliza estratégias para a obtenção de receitas, solicitação de exames de acompanhamento de usuários com hipertensão/diabete, solicitação de visitas, entre outras demandas?
- ✓ A equipe realiza visita domiciliar à família do recém nascido? Quantos dias após o parto?
- ✓ O ACS participa do acolhimento na UBS de forma organizada e planejada?
- ✓ A equipe oferece escuta a partir de outras formas de acesso (telefone da equipe, e-mail, redes sociais, entre outras)? Os profissionais das equipes se comunicam entre si por meio de chat próprio? Realizam interconsultas com os profissionais do NASF?
- ✓ Como são organizadas as agendas dos profissionais? Como é realizada a escuta para estes agendamentos? (balcão ou equipe?) As agendas estão disponíveis para todos os profissionais da equipe? Existe possibilidade de horários diferenciados? (consultas de 5,10,15,20 min?) Como são atendidas as demandas pontuais/urgência?

- ✓ As discussões sobre a organização do processo de trabalho da equipe de odontologia está incorporada no planejamento cotidiano sobre a melhoria do acesso? (reuniões mensais e semanais das equipes de AB/ESF)
- ✓ A verificação de sinais vitais faz parte da consulta médica e de enfermagem? A verificação de sinais vitais e de glicemia capilar é realizada pelos técnicos de enfermagem de acordo com protocolo e ou solicitação médica e do enfermeiro? Obs: em situações de urgências, os sinais vitais são sempre verificados de acordo com protocolo de risco e vulnerabilidade? (Caderno 28 MS)
- ✓ A equipe compartilha listas de usuários em situação de risco e vulnerabilidade? (hipertensos/diabéticos descompensados, gestantes, usuários em uso de psicotrópicos, de tuberculose, crianças, mulheres com exames de citopatológico alterados, usuários em uso de prótese dentária, famílias com baixa adesão ao tratamento odontológico entre outras)? Como a equipe de saúde organiza e monitora o cuidado destes usuários?
- ✓ Os usuários conhecem os profissionais da equipe pelo nome? A equipe disponibiliza cartão de visita e o modelo do processo de trabalho instituído?
- ✓ As situações de urgência são atendidas nas UBS? (dor, febre, pequenas suturas, drenagem de abscesso, lavagem de ouvido, crises hiper e hipo glicêmicas, aplicação de injeções musculares e endovenosas, gestantes, atendimento de saúde mental, urgências em saúde bucal, etc.). Os usuários são orientados a procurar atendimento para estas situações na UBS? São encaminhados para outros serviços? Existe CEO a ser referenciado?
- ✓ Existe maleta de emergência na UBS?
- ✓ As reuniões de equipe, semanais, se constituem em espaços de compartilhamento de discussão de situações do território e de empoderamento de todos? (médico, enfermeiro, técnico, ACS, Cirurgião-Dentista, ASB/TSB) e de forma organizada com os profissionais NASF? Nestas reuniões são organizadas as visitas domiciliares de todos os profissionais? (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, cirurgião-dentista, ASB/TSB). São planejados e realizados momentos de educação permanente? São repensadas estratégias de acesso e de organização das agendas?

#### **4.6 Situações problema sugeridas para discussão nas oficinas:**

##### **1. Primeiro contato**

- Usuária chega à unidade de saúde às 11h00 da manhã relatando que passou muito mal à noite e não conseguiu vir cedo porque apresentou vários episódios de vômito e diarreia, dor de cabeça e mal-estar durante o período noturno que persistiu durante as primeiras horas da manhã.
- Como você organizaria a atenção a esta demanda hoje? Esta usuária consegue falar com sua equipe por telefone para orientações e ou para ver o melhor horário para comparecer à UBS, se necessário? Como você incorporaria esta demanda na rotina do processo de trabalho da sua equipe?

##### **2. Coordenação do Cuidado**

- Usuário hipertenso/diabético, 70 anos de idade. Faz acompanhamento na UBS. Apresenta várias comorbidades. Faz acompanhamento com oftalmologista, endocrinologista, cardiologista. Apresenta queixas de insônia e nervosismo. Vem recorrentemente à UBS. Em reunião de equipe ACS já havia relatado situação familiar instável. Veio hoje porque acabaram seus medicamentos e não dormiu esta noite porque está com dor de dente. Chegou às 14:30 horas.
- Como a sua equipe organiza a coordenação do cuidado deste usuário? Há compartilhamento de atenção entre a equipe e com a equipe NASF? Como é organizada esta atenção (agendamento de consulta/retorno/renovação de receita/atendimento com NASF/atendimento de demanda espontânea/atendimento de urgência com cirurgião-dentista/agendamento de consulta odontológica).

##### **3. Integralidade**

- Mulher, 30 anos, mãe de dois filhos menores de cinco anos (menina de 10 meses e menino de 3 anos), trabalha na fábrica de papel que existe na comunidade.. Faz acompanhamento na UBS para depressão. Marido trabalha no mercado do bairro como repositor. Fazia 7 anos que não realizava o Papanicolau. No mês de março seu exame

apresentou lesão intraepitelial de alto grau. Encaminhada com urgência para colposcopia. Chegou hoje a unidade perguntando sobre o agendamento de seu exame, está muito preocupada e chorou durante o atendimento. A agente comunitária que está na ilha de atendimento verificou que a colposcopia ainda não foi marcada, aproveitou para perguntar sobre as crianças e a mãe disse que faltou às consultas agendadas porque nem ela e nem o marido estão em emprego novo e não podem faltar.

- Como a sua equipe organiza a integralidade do cuidado para esta mulher?
- Como você acha que a equipe poderia se organizar para atender esta família e suas demandas?
- Você acha que ela deveria ser atendida hoje? Qual o profissional?
- Sua equipe conseguiria encaminhar as questões trazidas?
- Sua equipe oportunizaria atendimentos resolutivos para esta família?

#### 4. **Longitudinalidade**

- Na reunião de equipe, ACS relata situação de um adolescente de 14 anos, aluno da escola pública do bairro. Não frequenta a UBS. Já parou de frequentar a escola várias vezes. Mãe serviços gerais, companheiro desempregado. Baixa renda familiar. Mãe relata ao ACS que seu filho está usando droga. Dorme pouco, sai de casa e muitas vezes não retorna à noite. Às vezes se torna agressivo quando questionado sobre sua situação. A ACS relata que acompanha esta família desde a gestação e durante o desenvolvimento infantil. A mãe foi gestante adolescente e abandonada pelo pai da criança, moram com os avós. Companheiro e adolescente com relação conflituosa.
- Como a equipe de saúde vai organizar o cuidado integral e longitudinal à este adolescente? Será convidado a vir à UBS? Será agendado? Quem vai atender? Como se dará o acompanhamento da família? Como será realizada a interface com a escola e ou outros locais que o adolescente frequenta? Existe a possibilidade de organizar Projeto Terapêutico Singular/Conferência familiar? Quem coordenará este cuidado?

## **5.Desenvolvimento da estratégia Qualifica APS/SC pelas equipes de AB/ESF/SB**

Inicialmente a equipe deverá elaborar o “**Documento norteador para elaboração da Carta do processo de trabalho da equipe**” instituído na UBS (Anexo 2- “Documento norteador para a elaboração da Carta do Processo de Trabalho”). Este documento está dividido em duas partes:

- ✓ Primeira parte (processo de trabalho da equipe)
- ✓ Segunda parte (territorialização)

Este documento (carta do processo de trabalho) deverá ser elaborado pela equipe de saúde detalhando com a máxima honestidade e veracidade sobre como a equipe está organizada para atender a sua população (quem vai escutar o usuário quando chega, como e por quem será atendido no dia, quanto tempo será ofertado para as diferentes demandas, como se dará a priorização das demandas do dia e outros aspectos da organização do processo de trabalho da equipe). Após este detalhamento a equipe deverá preencher a segunda parte do documento (territorialização).

A partir deste documento, a equipe deverá levantar os problemas que deseja enfrentar, priorizando os mais urgentes e preencher a Matriz de Intervenção (Anexo 5), que deverá ser acompanhada, monitorada e avaliada nas reuniões semanais de equipe.

O tutor municipal deverá acompanhar a evolução do processo de trabalho das equipes, a partir de uma planilha, que deverá ser preenchida trimestralmente (Anexo 6 - Painel de indicadores do processo de trabalho).

Poderá ser instituída pela SES uma mostra estadual das experiências exitosas, por meio de processo de seleção das propostas apresentadas pelos municípios. Estas também poderão ser publicadas na Revista Catarinense de Saúde da Família da SES/SC.

### **5.1 Passo a passo do processo de desenvolvimento da Estratégia Qualifica APS/SC pelas equipes**

**1-** A equipe deve elaborar “Documento norteador para a elaboração da Carta do Processo de Trabalho”), conforme (Anexo 2)- “Documento norteador para a elaboração da Carta do Processo de Trabalho”;

**2-** A equipe identifica as fragilidades do processo de trabalho instituído (ver material sobre “Acesso Avançado”- (Anexo 1)- e elaborar a Matriz de Intervenção proposta (Anexo 5- Matriz de Intervenção);

**3-** O tutor municipal deverá acompanhar o processo de trabalho das equipes durante as reuniões semanais das equipes e ou reuniões mensais da UBS. Além disso deverá monitorar o processo conforme o monitoramento do “Painel de indicadores do Processo de Trabalho” (Anexo 6), trimestralmente, ou de acordo com pactuação.

## **6. Atribuições dos Tutores**

A principal atribuição dos tutores é a de estimular as equipes a planejar e avaliar os processos no cotidiano do serviço, utilizando metodologias ativas. É fundamental que o tutor junto às equipes estimule a reflexão crítica para o desvelamento e transformação da realidade.

O papel do tutor não é o de fiscalizador. Ele acompanha as equipes no território prestando apoio técnico operacional e educacional no desenvolvimento dos processos de trabalho e do planejamento.



## **7. Capacitações Complementares**

Ao longo do processo, de acordo com o levantamento de conteúdos relacionados à temática, poderão ser realizadas capacitações complementares à distância (via Telessaúde) e ou presenciais (regionais e ou municipais).

Sugestões complementares:

- ✓ Linhas de Cuidado (Saúde da Pessoa Idosa, Saúde da Mulher e da Criança, Atenção às Condições Crônicas (Diabetes, Hipertensão), Protocolos de Enfermagem, Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual, Saúde do Idoso, Saúde Mental e Saúde Bucal)
- ✓ Caderno 28 do MS “Acolhimento à demanda espontânea”
- ✓ Caderno 39 do MS “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”

## **8. Considerações**

A possibilidade concreta das transformações esperadas está intimamente relacionada à incorporação de novos conhecimentos, de habilidades criativas de comunicação e de compartilhamento de inovações que objetivem a ampliação do acesso e qualificação da atenção.

Espera-se que a proposta da Estratégia Qualifica APS/SC, aliada às demais propostas de educação permanente já existentes no Estado se constitua num modelo que oportunize as reflexões necessárias e esperadas para a melhoria do processo de trabalho das equipes de AB/ESF, garantindo o acesso com qualidade para toda população.

A SES/SC, compreendendo a necessidade e importância de um alinhamento conceitual em relação ao acesso e ao processo de trabalho das equipes (Acesso Avançado), a partir da proposta da Estratégia Qualifica APS/SC, possibilite a todos, gestores e trabalhadores, o compartilhamento de uma mesma imagem objetivo indicando o caminho a ser trilhado por todos.

## 9. ANEXOS

### **Anexo 1- Acesso na Atenção Primária à Saúde**

No Brasil, o contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde na atenção primária à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na atenção primária à saúde (APS) se caracterize por: definição do território e territorialização; responsabilização sanitária; porta de entrada preferencial; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população de seu território; acesso; acolhimento.

As pesquisas sobre a APS no Brasil têm revelado que esta não tem alcançado a resolutividade necessária para que seja efetivamente a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, e que uma das razões para isso são as barreiras de acesso (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Portanto, temos a necessidade de reorientar o modelo de atenção à saúde a partir do fortalecimento da APS tendo em vista a clareza de que a principal porta de entrada do sistema de saúde brasileiro se dá a partir da Atenção Primária.

O cenário de transição epidemiológica do Brasil aponta aumento considerável de demandas de cuidado relacionados às condições crônicas (neoplasias, hipertensão, diabetes, doenças respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica e asma), ao mesmo tempo em que também se amplia a mortalidade por causas externas (violência, acidentes de trânsito) e persistem as doenças transmissíveis no perfil epidemiológico brasileiro, a exemplo da sífilis, HIV/AIDS, hepatites, meningites e tuberculose, reforçando a necessidade da ampliação do acesso com qualidade (MENDES, 2012).

Um dos grandes desafios ainda diz respeito à própria expansão de cobertura da APS no Brasil, tendo como referência a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que em Santa Catarina tem uma cobertura populacional de 79,3 %. (ano??)

Soma-se a isto o fato de que nem todas as equipes estão dimensionadas corretamente (máximo de 3.500 pessoas por equipe). No entanto, mesmo em algumas equipes com

dimensionamento populacional adequado, a organização do processo de trabalho pode estabelecer barreiras de acesso aos usuários, a exemplo do uso de fichas para marcação de consultas como único formato de acesso, uso de fichas para atendimento de demandas pontuais, restrição de agenda dos profissionais para cuidados de grupos programáticos (turnos de atendimento apenas para marcadores), horários diferenciados para atendimentos de urgência e programados, entre outras dificuldades (Brasil, 2013).

Para ampliar o acesso é necessário modificar o modo como a equipe oferta o cuidado e como sua agenda está organizada para ofertá-lo. Segundo Murray (2000), existem três tipos de sistemas relacionados ao acesso: Modelo Tradicional, Sistema com Vagas e Acesso Avançado.

### **Acesso Tradicional**

Neste modelo as agendas são organizadas por agendamentos em momentos pontuais. Esta forma de organização contribui para que as agendas estejam saturadas por agendamentos de rotina por vezes marcadas há semanas até meses. Os casos urgentes são sempre encaixados entre as consultas, gerando stress contínuo e tentativas infrutíferas para controlar a demanda. Este tipo de funcionamento resulta em alta taxa de absenteísmo e abundância de consultas de urgência, gerando alto custo para o sistema de saúde e quebra na relação de confiança na equipe de saúde.

### **Acesso Com Vagas**

Neste modelo são destinadas vagas para atendimentos de demandas de urgência e demanda programada (sistema meio a meio). Este modelo avança em relação ao modelo tradicional, no entanto, ainda persistem alguns problemas. Um dos problemas é de que usuários com demandas não urgentes tem dificuldade de acesso, adiando a resolução das suas necessidades. Outra questão é a dificuldade de definir de modo preciso a quantidade de tempo destinada para consultas de urgência e demanda programada, gerando às vezes espaços perdidos nas agendas. Além disso, este sistema gera tensão entre os usuários agendados e os que procuram o serviço para atendimentos pontuais (de urgência ou não).

### **Acesso Avançado**

O acesso do usuário neste modelo deve estar fundamentado no princípio de que ele deve ser atendido em tempo oportuno e com resolutividade. O modelo de distribuição de senhas por ordem de chegada deve ser modificado. Neste sistema, aproximadamente 65 a 75 % das vagas de atendimento estão abertas quando a UBS abre suas portas. Não há mais distinção entre consultas de urgência e de rotina, ofertando atendimentos no mesmo dia para todos.

O foco deste sistema é “FAÇA O TRABALHO DE HOJE, HOJE”. Isto significa dizer que no momento da consulta a grande parte das demandas do usuário serão atendidas e não somente a queixa principal, evitando a geração de uma consulta futura. Assim numa única consulta podemos tratar uma gastroenterite e a diabetes, por exemplo. Uma escuta inicial deve avaliar as reais demandas do usuário e qual profissional é o mais indicado para atendê-lo. Com o acesso facilitado o usuário pode retornar sempre que entender necessário, tornando o atendimento mais efetivo porque é baseado numa situação real, gerando satisfação tanto para o profissional quanto para o usuário.

#### **Acolhimento/escuta na melhoria do acesso:**

O acolhimento com escuta permite que identifiquemos que as pessoas tem características diferentes, vivem em contextos familiares sociais e econômicos variados refletindo na diversidade das suas queixas e demandas. Por isso o acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento das pessoas.

#### **Avaliação da demanda da UBS:**

O primeiro passo sugerido para a reorganização do acesso é a realização de uma avaliação da demanda. Sugere-se que a equipe responda a algumas perguntas, gradativamente durante as reuniões de equipe. É importante que todos os profissionais participem destas discussões, para irem assumindo gradativamente suas atribuições e organizando conjuntamente o modelo de atenção.

Perguntas:

- ✓ Quais os problemas de saúde mais frequentes no território?
- ✓ Quais os principais motivos de procura por demanda espontânea? (de urgência ou não)
- ✓ Quais os horários de pico por procura de atendimentos pontuais?
- ✓ Quantas pessoas chegam na UBS por problemas pontuais?
- ✓ Como está a resolutividade de todos os profissionais? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem?
- ✓ O atendimento está centrado no médico? Os demais profissionais estão utilizando o máximo da sua capacidade de resolutividade? Os profissionais médico e enfermeiro utilizam protocolos? Quais?
- ✓ Como iniciar o processo de reorganização da agenda?

#### **Ampliação da capacidade clínica dos profissionais da equipe de APS:**

Diferentes profissionais constituem a equipe de APS no Brasil. A ampliação do acesso demanda ampliar a resolutividade de todos os membros desta equipe. Para isto é preciso

avançar no entendimento do trabalho cooperado com um alto grau de articulação entre todos, enriquecendo o campo comum de competências, ampliando assim, a capacidade da oferta de cuidado de toda a equipe (BRASIL, 2012).

A atuação em equipe multiprofissional na APS possibilita que o compartilhamento de tarefas seja feito de forma segura a partir do estabelecimento de uma parceria entre médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e equipe NASF, por meio de supervisão clínica, discussão de casos e ou interconsultas.

Os enfermeiros vêm ampliando gradativamente suas práticas clínicas com a aprovação de protocolos de enfermagem. A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis disponibilizou aos municípios do Estado, por meio do COREN/SC, vários protocolos que podem ser adotados de forma integral ou parcialmente por volumes, mediante pactuação. São eles:

- ✓ Hipertensão, Diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares;
- ✓ Infecções sexualmente e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva (dengue e tuberculose);
- ✓ Saúde da Mulher- Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida.
- ✓ Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto.

Os técnicos de enfermagem podem realizar o acolhimento dos usuários sob supervisão do enfermeiro. Devem ser dispensados da verificação prévia de sinais vitais das consultas médicas e do enfermeiro, já que esta avaliação faz parte da consulta. Podem resolver várias demandas dos usuários por meio de orientação como, por exemplo, orientações sobre amamentação, orientações de pós consulta, cuidados com a pele e condução de determinados grupos de promoção de saúde.

Os Agentes Comunitários de Saúde podem ser capacitados para orientar os usuários sobre o funcionamento da unidade e o acesso a outros serviços; realizar ações educativas em sala de espera, domicílios ou outros espaços comunitários; ajudar em tarefas de gerenciamento de cuidado e continuidade da atenção.

Oferecer acesso com qualidade para todos não é tarefa fácil. A Estratégia Qualifica APS/SC fundamentada na proposta da tutoria, poderá se constituir num potente dispositivo de transformação. Este é um processo gradual que precisa ser construído em equipe e com a participação da comunidade.

## **2- Documento Norteador para Elaboração da “Carta do processo de Trabalho das Equipes”**

Para o processo de reorganização do acesso a equipe de APS deverá elaborar um documento que explicita detalhadamente como a equipe se organiza para o atendimento de todas as demandas do usuário da sua área de abrangência.

Este documento a ser redigido pela equipe visa definir como será organizado o atendimento do dia, as durações das consultas, qual profissional da equipe vai realizar a escuta inicial e presencial, quem irá atender o telefone celular da equipe e ou responder as solicitações por e-mail e ou aplicativos pelo celular. A equipe pode decidir num primeiro momento que haverá agendamento presencial e por meio do telefone celular da equipe, por exemplo. Num próximo momento a equipe poderá optar por incluir acesso por aplicativos de celular e ou email. O desafio é construir possibilidades variadas para melhorar o processo de trabalho da equipe em ofertar acesso com qualidade. Este documento deverá ser revisto periodicamente em reunião de equipe para as implementações necessárias de modo que gradativamente a equipe incorpore novas tecnologias de trabalho.

### **2.1 Do Processo de trabalho**

As agendas devem oportunizar atendimentos de tempo variados porque as necessidades das pessoas são diferentes. Os tempos podem variar dependendo da necessidade do usuário. Ao oferecer uma consulta rápida a UBS não está se transformando numa UPA pois conhece o usuário, sua família e suas necessidades e irá revê-lo novamente.

Recomenda-se que a população seja comunicada previamente das mudanças nas reuniões do Conselho Local de Saúde, pelos ACS, por comunicados escritos e ou outro meios, de acordo com a realidade local.

Usuários em condições de saúde previstas nos programas e outras demandas que necessitam atenção contínua (tuberculose, violência familiar, diabetes, hipertensão, gestantes, entre outras) devem ser monitorados. Para isso, devem ser utilizadas planilhas para registro e monitoramento que podem ser compartilhadas em tempo real entre os diferentes profissionais da equipe, garantindo comunicação ágil para a realização da busca ativa quando necessário.

Este documento construído tem por objetivo, portanto, orientar o processo de trabalho da equipe instituído na Unidade Básica Saúde (UBS). A partir deste, a equipe poderá refletir sobre o que está instituído e avaliar as possíveis alternativas para melhoria, de modo que o modelo de atenção garanta o acesso com qualidade a todos os usuários.

Desta forma, em reunião de equipe, os profissionais devem responder aos seguintes questionamentos:

Qual é a nossa imagem objetivo? Onde queremos chegar? Como vamos começar?

✓ Isto é o melhor que podemos fazer? (Estamos garantindo o acesso e resolvendo as demandas dos usuários?)

✓ Estamos atendendo quem realmente precisa?(A equipe conhece a população adscrita, trabalha com os indicadores locais?)

✓ Estamos atendendo sempre os mesmos usuários? (A equipe conhece o perfil do usuário atendido?)

✓ Qual a taxa de absenteísmo?

✓ Como está organizado o acesso das pessoas com demandas pontuais? Programadas? Agendamento presencial? São entregues fichas? É por ordem de chegada? Quem acolhe e escuta as pessoas?

✓ É disponibilizado para o usuário telefone celular próprio da equipe? e-mail? whatsapp?

✓ Todas as pessoas que procuram a UBS são atendidas no dia?

✓ Para quanto tempo as agendas de médicos e enfermeiros estão abertas?

✓ São utilizados protocolos nos atendimentos? Quais?

✓ Quais procedimentos são realizados na UBS?

✓ Quais profissionais participam do acolhimento? Como isto é realizado?

✓ São realizadas reuniões de equipe semanalmente?

✓ Quais são os horários de pico de procura por atendimento pontual?

✓ Qual é o modelo do processo de trabalho? Tradicional, acesso com vagas ou acesso avançado?

✓ Nas reuniões de equipe são pauta de discussão o planejamento e o acompanhamento de indivíduos/famílias, as visitas domiciliares, o processo de trabalho, estudos de casos com a equipe NASF?

✓ Existe acompanhamento de marcadores de saúde do território? Por exemplo: acamados; gestantes; hipertensos/diabéticos; tuberculose; IST/AIDS; uso de medicação controlada; pessoas com necessidades especiais; asma; mulheres com alterações de colo de útero e ou de mamas, entre outros?



Além dos questionamentos em relação ao processo de trabalho, é necessária uma avaliação das demandas do território (**territorialização**) para a compreensão ampliada dos determinantes sociais que influenciam o modo de viver das pessoas da comunidade.

## **2.2 Territorialização**

Para que as equipes alcancem o mais alto grau de resolutividade possível é preciso que conheçam seu território de abrangência.

O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das redes de atenção à saúde. Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários:

A primeira toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo. A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o território como um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Esta última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também território cultural, social, econômico e político.

Cabe também diferenciar entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Os territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos – Ministério e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Diferentemente, os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde, em suas demandas pelos serviços de saúde. O foco da territorialização na APS está em estabelecer dois territórios sanitários fundamentais:

- ✓ O território área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da equipe;

- ✓ O território microárea que é o território de responsabilidade de um ACS.

O território de área de abrangência é construído a partir de todas as pessoas que vivem na área de responsabilidade de uma unidade de APS. Haverá tantos territórios de abrangência quantas são as equipes porque a função de responsabilização é imputada a cada equipe em relação às famílias adscritas.

O processo de territorialização envolve o levantamento do perfil territorial/ambiental (a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade de saúde

num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios), do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional. É imprescindível que as equipes tenham em mãos o mapa do seu território de abrangência para iniciar ou validar os dados sugeridos a seguir:

### **2.2.1 Identificação Geral**

Macrorregião de Saúde; Região de Saúde; Município; Nome da equipe (CNES e INE); Composição da equipe; Número de população adscrita.

### **2.2.2 Perfil Territorial**

Localização urbana ou rural: (quantificar população urbana e rural); Extensão territorial em km quadrado; Maior distância entre a UBS e o limite do território; Todas as atividades produtivas (estabelecimentos ou empresas) identificadas no território.

### **2.2.3 Geografia e Ambiente**

Descrição do relevo: Existência de rios ou córregos, especificando se canalizados ou em leito natural, lagos e represas naturais ou artificiais; Existência de fontes de água potável utilizadas pela comunidade e responsabilidade sanitária: Companhias ou empresas de abastecimento de água; Barreiras geográficas; Saneamento básico existente; Existência de hidrelétrica; Aterro Sanitários (lixões).

### **2.2.4 Recursos Existentes no Território**

Pontos de atenção à saúde além da própria UBS: centros de referência/ especialidades, consultórios/ ambulatorios privados, hospitais, laboratórios, residenciais terapêuticos, pronto-atendimentos, policlínicas e outros; equipamentos e serviços sociais existentes: escolas, creches, cursos profissionalizantes, CRAS ou CRES, CAPS, unidades prisionais, polo de academia, associações, ambulatorios, etc; áreas de lazer: campos de futebol, pistas para caminhada, parques, academia da saúde, hortas comunitárias, etc.

### **2.2.5 Áreas de Risco**

Áreas de risco ambiental: lixão, áreas sujeitas a deslizamento, soterramento ou inundações: fontes de poluentes (tipo, origem, etc), áreas com manuseio ou transporte de produtos químicos perigosos e outros riscos.

### **2.2.6 Áreas de Assentamento e Invasões**

Áreas de aglomeração urbana: favelas, cortiços, etc; Áreas rurais: número de comunidades, ponto de apoio, distância da UBS, áreas com utilização de agrotóxicos; Pavimentação das ruas e avenidas; Transporte público; Malha viária, rodovias, ferrovias.

### **2.2.7 Características dos Domicílios**

Número de domicílios segundo o abastecimento de água: rede pública, poço ou nascente, outros; Número de domicílios segundo o tratamento de água no domicílio: filtração, fervura, cloração, sem tratamento; Número de domicílios segundo o destino de fezes e urina: sistema de esgoto, fossa ou céu aberto;

Número de domicílios com energia elétrica e sem energia elétrica;

Número de domicílios segundo o destino do lixo: coletado, queimado ou acumulado a céu aberto; Número de domicílios com atividade econômica domiciliar formal e informal.

### **2.2.8 Perfil demográfico**

População total; População segundo faixa etária e sexo; População que tem plano de saúde; Número total de usuários do SUS.

### **2.2.9 Perfil sócio econômico**

Número de pessoas analfabetas; Número de famílias com renda familiar per capita inferior a 70, 00 (setenta reais); Número de famílias sem acesso à pasta e à escova de dente, por área; Número de famílias segundo o grau de vulnerabilidade; Lista as principais ocupações dos usuários identificadas na área de abrangência.

### **2.2.10 Perfil Institucional**

Histórico da UBS; Localização; Tipos de equipes de saúde: Equipe da Estratégia de Saúde da Família, Equipe de Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Estratégia de Agentes comunitários de Saúde, Equipes de consultório na Rua.

### **2.2.11 Acesso à UBS: Topografia e Transporte Urbano**

Horário de funcionamento; Recursos humanos: número de profissionais por categoria, carga horária semanal contratada, carga horária semanal cumprida, especialização ou residência em saúde da família, tempo de atuação em APS e tempo de atuação na UBS; Relação com o Conselho Local de Saúde; Relação com as lideranças comunitárias.

Após a realização deste levantamento, as equipes devem problematizar e iniciar as mudanças necessárias, gradativamente, no que concerne à organização do processo de trabalho que dê conta da ampliação do acesso com qualidade para todos os usuários.

Para conhecer sobre ferramentas de apoio ao processo de territorialização acesse: Integração Atenção Básica e Vigilância em saúde disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf)

### **2.2.12- Indicadores de morbi/mortalidade prevalentes no território/causas sensíveis à APS**

O acompanhamento destes indicadores já se dá a partir de ações conjuntas entre Coordenação de Atenção Básica e Coordenação de Vigilância Epidemiológica no âmbito estadual, regional e municipal e deverá ser utilizado no planejamento e acompanhamento do processo de trabalho das equipes, nos municípios. Deverão ser elencados os prioritários e de maior relevância epidemiológica.

### 3. Termo de Adesão das Equipes

#### **TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC**

Por meio deste termo firmamos o compromisso de assumir a ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO, com acompanhamento do **Tutor** local designado pelo gestor municipal. O processo será monitorado e acompanhado “in loco”, pelo tutor, a partir da metodologia proposta.

Os abaixo elencados assumem o compromisso da adesão e continuidade do processo da Estratégia Qualifica APS/SC do município de \_\_\_\_\_ e GERSA de \_\_\_\_\_

Assinam este Termo de Adesão:

Gerente Regional de Saúde .....

Secretario Municipal de Saúde:.....

Coordenador Municipal de Atenção Primária à Saúde

Data:

### 3.1 Termo de Adesão da Unidade Básica de Saúde

#### TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC

Por meio deste termo firmamos o compromisso de assumir a ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO, com acompanhamento do **Tutor** local designado pelo gestor municipal. O processo será monitorado e acompanhado “in loco”, pelo tutor, a partir da metodologia proposta.

Os abaixo elencados assumem o compromisso da adesão e continuidade do processo da Estratégia Qualifica APS/SC.

Assinam este Termo de Adesão:

Coordenador Unidade Básica de Saúde: \_\_\_\_\_

Coordenador(s) da Equipe ESF/AB: \_\_\_\_\_

Tutor (a) Municipal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

#### 4 CARTAZ da UBS

##### ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC 2019

A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....DO MUNICÍPIO DE  
.....PARTICIPA DA “ESTRATÉGIA QUALIFICA APS/SC” .

Esta proposta pretende colaborar com a equipe de saúde para a melhoria do atendimento ao USUÁRIO SUS.

Os usuários desta UBS devem participar da Estratégia utilizando a “Caixa de sugestões” que estará disponível na recepção ou outras formas de comunicação (Conselho Local de Saúde, Associações Comunitárias, Ouvidoria ...)

As contribuições deverão ser utilizadas pela equipe como propostas a serem incorporadas no processo de trabalho para a ampliação do acesso e da qualidade da atenção.

A Secretaria de Estado da Saúde parabeniza e agradece a todos (gestores, profissionais, tutores e usuários) envolvidos na árdua tarefa de promover promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde a população da área de abrangência da UBS.

Secretaria de Estado da Saúde: \_\_\_\_\_

Gerencia Regional de Saúde: \_\_\_\_\_

Gerencia de Coordenação de Atenção Primária à Saúde: \_\_\_\_\_

## 5. MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Matriz simplificada com base na Matriz de Intervenção disponibilizada pelo Ministério da Saúde do AMAQ/PMAQ ou outro modelo que o município já utiliza.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO  
GERÊNCIA DE COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA

Estratégia Qualifica APS/SC Matriz de Intervenção						
Município:					Equipe	
UBS:					( ) ESF - Área ___	( ) ESS - Área ___
Problema Identificado:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos / metas	Atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e Indicadores para avaliar o alcance dos resultados



## **6 - PAINEL DE INDICADORES DO PROCESSO DE TRABALHO**

.



**PAINEL DE INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES E ACESSO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (Anexo 1)**

<b>Princípio</b>	<b>Indicador</b>	<b>Item de Verificação</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Trimestral</b>	<b>Data</b>	<b>Observações</b>	<b>Nome do Tutor</b>
<b>Coordenação do cuidado</b>	As reuniões de equipe, semanais, se constituem em espaços de compartilhamento de discussão de situações do território e de empoderamento de todos? (médico, enfermeiro, técnico, ACS) e de forma organizada com os profissionais NASF?	Ata da reunião de equipe					
<b>Coordenação do cuidado</b>	Como a equipe organiza a coordenação do cuidado na rede de atenção?	Carta de orientação do processo de trabalho da equipe					
<b>Coordenação do cuidado</b>	Todos os profissionais da equipe participam regularmente das reuniões de equipe? Qual a periodicidade?	Ata da reunião, Carta de orientação do processo de trabalho da equipe					



<b>Coordenação cuidado</b>	<b>do</b> A verificação de sinais vitais faz parte da consulta médica e de enfermagem? Em situações de urgências, os sinais vitais são sempre verificados de acordo com protocolo de estratificação de risco?	Prontuário eletrônico, Carta de orientação do processo de trabalho da equipe					
<b>Coordenação cuidado</b>	<b>do</b> A verificação de sinais vitais e de glicemia capilar é realizada pelos técnicos de enfermagem de acordo com protocolo e ou solicitação médica e do enfermeiro?	Verificação de protocolo existente na UBS, registro no prontuário eletrônico					
<b>Coordenação cuidado</b>	<b>do</b> As visitas do ACS são planejadas em equipe nas reuniões semanais? As visitas em conjunto da equipe são planejadas em reuniões de equipe? As visitas do técnico de enfermagem são planejadas em reuniões de equipe? As visitas domiciliares do médico são planejadas em reunião de equipe? As visitas domiciliares do enfermeiro são planejadas em reunião de equipe?	Ata da reunião					
<b>Coordenação cuidado</b>	<b>do</b> Qual o modelo do processo de trabalho instituído? Modelo tradicional, modelo com vagas, acesso avançado?	Carta de orientação do processo de trabalho da equipe					



<b>Integralidade</b>	A UBS disponibiliza para os usuários as atividades que realiza? (grupo de gestantes, grupos de puericultura, grupos de promoção de saúde, atividades em parceria com instituições do bairro,entre outras).	Painel com estas informações na UBS					
<b>Integralidade</b>	A comunidade é convidada a compartilhar as discussões sobre acesso?	Ata da reunião					
<b>Integralidade</b>	Pequenos procedimentos são realizados nas UBS? (pequenas suturas, drenagem de abscesso, lavagem de ouvido, crises hiper e hipo glicêmicas, aplicação de injeções musculares e endovenosas) e outras?	Prontuário eletrônico					
<b>Integralidade</b>	A UBS possui maleta com insumos e medicamentos para atendimentos de urgência? A maleta de urgência e emergência está na UBS? Em que local?	Maleta na UBS com comprovação de anotação em livro próprio confirmando validação					



<b>Integralidade</b>	Todos os profissionais atendem pessoas com queixas de sofrimento psíquico e violência? Se não, quem atende?	Prontuário eletrônico					
<b>Integralidade</b>	A equipe de APS realiza inter consultas com NASF? É realizado matriciamento com o NASF?	Prontuário eletrônico					
<b>Integralidade</b>	Os profissionais médico, enfermeiro, odontólogo, e os do NASF utilizam protocolos?	Apresentação dos protocolos fisicamente ou utilizados via Internet					
<b>Integralidade</b>	As gestantes são atendidas pela equipe de acordo com o protocolo do pré-natal do Ministério da Saúde? Há referência de alto risco para o município/região?	Prontuário eletrônico; Carta de orientação do processo de trabalho					
<b>Integralidade</b>	O coordenador da UBS se responsabiliza pelo planejamento da UBS? As equipes realizam planejamento da sua área?	Documento que comprove					
<b>Integralidade</b>	A equipe da UBS se relaciona com as instituições do bairro? Escolas, creches, associações, etc? De que maneira?	Prontuário eletrônico e ou documento que comprove					



<b>Integralidade</b>	A equipe compartilha listas de usuários em situação de risco e vulnerabilidade? (hipertensos/diabéticos descompensados, gestantes, usuários de medicação especial, crianças em situação de risco físico e social, mulheres com exames de citopatológico alterados, em uso de antiretroviral, em uso de medicação para tuberculose, crianças menores de um ano, em tratamento para sífilis? Outros?	Listas de usuários em situação de risco e vulnerabilidade					
<b>Longitudinalidade</b>	Os usuários conhecem os profissionais da equipe pelo nome? A equipe disponibiliza cartão de visita e o modelo do processo de trabalho instituído afixado na UBS?	Cartão de visita da equipe, Carta de organização do processo de trabalho					
<b>Longitudinalidade</b>	A equipe disponibiliza estratégias para a renovação de receitas? Solicitação de visitas, entre outras demandas?	Carta de orientação do processo de trabalho					
<b>Longitudinalidade</b>	Os profissionais das equipes se comunicam entre si por meio de chat próprio?	Email da equipe, aplicativos, Google drive					



<b>Longitudinalidade</b>	Todos os profissionais da equipe cumprem a jornada de trabalho de 40 horas?	Controle de ponto manual e ou digital						
<b>Longitudinalidade</b>	É realizada aplicação de penicilina em adultos e crianças?	Lista de usuários com indicação de penicilina, prontuário eletrônico						
<b>Lontidunalidade</b>	A visita ao RN é realizada em até 5 dias?	Lista das gestantes com datas prováveis de parto ; lista de recém nascidos no prontuário eletrônico						
<b>Primeiro contato</b>	Como está organizado o atendimento para usuários em situação de urgência?	Carta de orientação do processo de trabalho; entrevista com usuário mensalmente						
<b>Primeiro contato</b>	Qual o modelo do processo de trabalho instituído? Modelo tradicional, com vagas, acesso avançado? Outro?	Carta de orientação do processo de trabalho da equipe						
<b>Primeiro contato</b>	Existe na UBS “caixa de sugestões e reclamações” para o usuário”?	Caixa de sugestões na UBS. Livro de anotações sobre os encaminhamentos ofertados ao usuário, individualmente, discussão na reunião mensal da UBS e nas						



		reuniões do Conselho Local de Saúde.						
<b>Primeiro contato</b>	Quadro com os nomes dos profissionais das equipes por área de abrangência e horário de trabalho de todos está visível na UBS?	Quadro afixado na UBS						
<b>Primeiro contato</b>	A partir da escuta inicial por algum membro da equipe o usuário é atendido no mesmo dia? Se não for possível, e de acordo com avaliação de risco e vulnerabilidade, é agendado para um período máximo de 48 horas, de acordo com a melhor disponibilidade para o usuário?	Agenda do prontuário eletrônico; agenda de papel com disponibilidade de horários diferenciados preenchida diariamente						
<b>Primeiro contato</b>	As agendas dos profissionais estão sempre cheias? Há possibilidades de atendimentos em horários diferenciados (para questões pontuais, para demandas de pacientes hipertensos/diabéticos descompensados, gestantes, entre outras possibilidades)?	Prontuário eletrônico, carta de orientação do processo de trabalho						





<b>Primeiro contato</b>	A escuta é realizada para todos os usuários que chegam à Unidade de Saúde por qualquer demanda?	Carta de orientação do processo de trabalho; entrevista aleatória com usuário de saúde; observação in loco do tutor.					
<b>Primeiro contato</b>	A equipe oferece escuta a partir de outras formas de acesso (celular da equipe, e-mail, redes sociais, entre outras)?	Celular da equipe, email e outros. Citar					
<b>Primeiro contato</b>	A equipe realiza testes rápidos? Sífilis, HIV, Hepatites, Teste do escarro?	Prontuário eletrônico					
<b>Primeiro contato</b>	Persistem dias específicos para agendamento de consultas?	Carta do processo de trabalho da equipe e prontuário eletrônico					

**OBS:** Neste painel não constam os indicadores de morbi/mortalidade/causas sensíveis à APS porque farão parte do Projeto Estadual de Acreditação da SES que está sendo elaborado. Além disso, fica a critério do município e organizado consensualmente entre equipe, tutor, Vigilância Epidemiológica e Secretarias Municipais de Saúde a inclusão de outros indicadores que impactem positivamente na (re) organização do processo de trabalho.



## BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Revista Panamericana Salud Publica, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 290- p.: il.- (Cadernos de Atenção Básica n. 28, volume II)
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.: il.
4. BRASIL. 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 2017; 22 de setembro.
5. CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Acesso e Vínculo. Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde. Curitiba, 2013.
6. DONABEDIAN A. (2003). Uma introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde. (1ª ed., Vol. 1). New York, NY: Oxford University Press.
7. FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. Salud Publica Mexico. 1985. Sep-oct; 27 (5): 438-53.
8. GERVÁS, J. ; FERNÁNDEZ, M. *Uma Atenção Primária forte no Brasil*. Relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família. 2011. Disponível em <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal\\_portugues.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf)>acesso 01/11/2018.



9. HEIDEMANN, I. et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. *Texto Contexto Enferm* 2017; 26 (4): e0680017
10. <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2808>. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUSMENDES, E. V. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS, 2015. 193 p.
11. MURRAY, M.; BERWICK M. Advanced Access/Reducing waiting and Delays in Primary Care. *JAMA*, February 26, 2003—Vol 289, No. 8
12. NORMANN, A N. TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde Saúde. *Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.165-179, 2015
13. PMAQ. Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica: Manual Instrutivo. Ministério da Saúde, Brasília: 2013.
14. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel. Capacitação para equipes da atenção básica: {recurso eletrônico}: introdutório/Secretaria da Saúde de Santa Catarina.-Florianópolis:Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2013. 161 p.
15. STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.
16. CEARÁ, Secretaria da Saúde do Estado do. **Projeto Qualifica APS Ceará**. Disponível em: <16. [www.saude.ce.gov.br/index.php/projeto-qualificaapsus-ceara](http://www.saude.ce.gov.br/index.php/projeto-qualificaapsus-ceara)>. Acesso em: 03 abr. 2019
17. TELESSAÚDERS-UFRGS, Núcleo -. **Acesso e acolhimento na atenção primária à saúde (APS)**. Disponível em: <[www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)>. Acesso em: 03 abr. 2019.
18. TELESSAÚDERS-UFRGS, Núcleo -. **Diretrizes de processo de trabalho (DPT)**. Disponível em: <[www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)>. Acesso em: 03 abr. 2019.