

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO PLANIFICASUS PARANÁ

*1º Encontro Estadual do PlanificaSUS Paraná
06 a 08 de dezembro de 2022
Curitiba - Paraná*



Palavra da Diretora



*"O evento Saúde em Campo foi uma união do **1º Encontro Estadual do PlanificaSUS Paraná**, do 2º Seminário Estadual de Imunização e do 1º Encontro Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias em Ação.*

Seu principal objetivo foi atualizar gestores e trabalhadores da saúde em ações estratégicas para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do Paraná.

O fortalecimento da Planificação da Atenção à Saúde, como estratégia de educação permanente para organização, qualificação e integração de processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, com foco nas necessidades de saúde dos usuários, foi a principal temática do evento.

Para 2023, esperamos que o processo da Planificação da Atenção à Saúde construído no Paraná até o momento possa ser ampliado, com a inclusão de novas Unidades de Saúde e Ambulatórios Especializados nas atividades propostas.

Maria Goretti David Lopes
Diretora de Atenção e Vigilância em Saúde
Coordenadora Estadual do PlanificaSUS Paraná

Introdução

Para o Evento Saúde em Campo: 1º Encontro Estadual do PlanificaSUS Paraná, foram submetidas 93 experiências exitosas pelas Unidades Vitrine e Laboratório da Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, envolvidas no PlanificaSUS Paraná nos anos de 2021 e 2022.

Das 93 experiências submetidas, foram selecionadas 9 experiências para apresentação na modalidade oral e 16 experiências para exposição na modalidade de pôster eletrônico durante o evento.

As experiências foram inicialmente avaliadas pelos tutores regionais, com base em um instrumento de avaliação que considerou os seguintes quesitos:

- a) Originalidade/Inovação;
- b) Relevância;
- c) Aplicabilidade da experiência;
- d) Resultados alcançados;
- e) Diretrizes do SUS e referenciais teóricos do PlanificaSUS Paraná.

Foram 54 experiências que atingiram uma pontuação igual ou superior a 7, que na sequência foram submetidas à avaliação final do Grupo Condutor Estadual, para definição das experiências que seriam apresentadas na modalidade oral e pôster eletrônico. Essas experiências serão apresentadas nesse documento.



As **9 experiências** apresentadas na **modalidade oral** receberam a **premição** do evento, como forma de reconhecimento do esforço e da experiência submetida.



Monitoramento Cruzado entre a APS e AAE com a implantação do estudo de caso compartilhado.

Autora: Karina de Moura e Costa.

Ambulatório Especializado gerenciado pelo Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP) Norte.

Atores envolvidos:

- Equipe multiprofissional das redes (médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social), usuários das redes, enfermeiros das UBS, coordenadores da APS, coordenação do ambulatório.

Como ocorreu a experiência?

Visando o monitoramento entre a Atenção Primária de Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), o Ambulatório de Especialidades Médicas (AME Norte) adotou a estratégia de estudo de caso nas Redes de Atenção à Saúde, com agenda protegida para discussão dos casos clínicos mais complexos. O foco é a colaboração nos níveis de atenção, para que possam em conjunto encontrar soluções para a prevenção de doenças e a manutenção e promoção da saúde do indivíduo.

As equipes multiprofissionais das Redes de Atenção à Saúde se reúnem semanalmente no AME e elencam um caso clínico. Ao final do mês, em reunião com agenda protegida, são realizadas discussões e elaboradas estratégias para esses casos. Essas estratégias envolvem condutas interprofissionais, com avaliação clínica mais aprofundada dos aspectos orgânicos, mas também nutricionais, psíquicos, sociofamiliares e funcionais.

Finalmente existe compartilhamento de todas as informações com a APS, que por sua vez é incentivada a participar de todo o processo de estudo de casos. As ações em conjunto dos serviços da APS e AAE, se alinham com as estratégias do PlanificaSUS, entendendo a compreensão sobre os conceitos de condição de saúde, estratificação de risco e gestão da condição de saúde dos usuários que buscam os serviços de saúde.

Quando ocorreu?

No mês de abril de 2022, o AME Norte reformulou o processo de trabalho da equipe multiprofissional, organizando mensalmente a agenda interna, com horários protegidos de cada Rede (HAS, DM, Idoso, Mental e Materno Infantil).

As ações utilizadas pelo ambulatório visam a qualificação do manejo clínico, no conhecimento recíproco, proximidade e vinculação entre as equipes, e também no fortalecimento da capacidade do autocuidado e impacto na estabilização clínica dos usuários.

Assim, a equipe interdisciplinar aprofunda-se no manejo clínico dos usuários, de forma a integrar-se com a APS, tornando os serviços de saúde, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo a atenção contínua e integrada nos dois níveis de atenção.

Pontos fortes e desafios:

A experiência da equipe tem mostrado potencialidades e desafios neste novo processo de trabalho, onde as ações implementadas no ambulatório foram a integração e a organização entre os dois níveis de atenção.

Com a criação de grupo de whatsapp com os enfermeiros e coordenadores municipais houve melhor proximidade entre a APS e AAE. Ainda, o horário de agenda protegido das redes possibilitou à equipe multiprofissional um tempo adequado para discussão de casos.

Dentre as dificuldades encontradas pela equipe, destaca-se a dificuldade na devolutiva da APS, assim, a de criação do grupo de whatsapp facilitou este processo.

Resultados obtidos:

Dentre os resultados obtidos com a implementação do estudo de caso, podemos destacar melhorias na padronização no processo de trabalho da equipe multiprofissional das Redes de Atenção à Saúde, o monitoramento da estabilização e os retornos. A continuidade do cuidado e a vigilância da situação de saúde dos usuários deve ser garantida pelas equipes. Anteriormente a comunicação entre o Ambulatório AME Norte e a Atenção Primária era direcionada somente aos coordenadores da APS de uma forma fragmentada. E, com a Planificação da Atenção à Saúde, o ambulatório realizou estratégias internas de educação permanente para a elaboração e organização do processo de trabalho. Desta forma, o colegiado gestor do ambulatório realizou um plano de ação inicial para elaboração da territorialização dos 14 municípios assistidos. E, a partir dessas ações, criaram-se grupos diretos de comunicação entre o coordenador da APS e os enfermeiros das UBS, buscando assim a resolutividade e integração da rede assistencial. Quanto maior for a resolutividade da APS, a vinculação entre as equipes da APS e AAE e a aplicação de metodologias de fortalecimento da capacidade de autocuidado do usuário, serão garantidos os princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade.





Planificação da 2ª Regional de Saúde: Relato de Experiência no Município de Mandirituba.

Autora: Elisabete Cristina Passig da Silva.

Ambulatório Especializado gerenciado pelo Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP) Sul.

Desafios:

Implementar a proposta do planifica e qualificar os profissionais com os critérios de estratificações de risco; Possibilitar melhoria no acesso oportunizando ao paciente o cuidado qualificado através dos profissionais por linha de cuidado; Organizar a apresentação com base na realidade dos profissionais e do município; Fazer com que os profissionais aderissem o modelo proposto pelo programa e desmitificá-lo mostrando resultados da melhora clínica dos pacientes já atendidos; Realizar propostas de apoio clínico dos pacientes com tecnologias leve, utilizando toda a RAS; Conseguir um veículo e conciliar os nossos horários com a disponibilidade das equipes da APS;

Desafios:

Através de todas as ações, interações e reuniões desenvolvidas pelo Panifica Sus, os municípios passaram a entender a importância do ambulatório como parte das RAS, e obtivemos a adesão de municípios que até então desconheciam os serviços ofertados pelo consórcio.

Hoje podemos afirmar que, após essa readequação na forma que o ambulatório desenvolve as vinculações e educação em saúde, conseguimos efetivamente dimensionar e quantificar o êxito de nossas estratégias, realizando o check list do compartilhamento do cuidado, pesquisa de satisfação em todas as vinculações aos profissionais, pesquisa de satisfação aos nossos usuários.

O projeto piloto desenvolvido no Município de Mandirituba nos meses supra citado demonstra o que já foi abordado anteriormente, a importância da RAS e sua integralidade do cuidado, como veremos a seguir:

- Rede Saúde Mental: Foram atendidos em Julho/agosto 28 pacientes, 28% com a estratificação correta, setembro/ outubro 12 pacientes, destes 100% com a estratificação correta;
- Rede Hipertensão Arterial: Foram atendidos em Julho/agosto 199 pacientes, destes 18,7% com a estratificação correta, setembro 53 pacientes, destes 71% com a estratificação correta;
- Rede de Diabetes de Mellitus: Foram atendidos Julho/agosto 53 pacientes, 3,7% com a estratificação correta, outubro 22 pacientes, destes 82% com a estratificação correta.

Justifica-se que nos meses de julho e agosto a porcentagem de pacientes estratificados corretamente ainda permanecia baixo, acredita-se que este fato se deve a agenda ser programada e liberada aos municípios com um mês de antecedência, ficando mais evidente os percentuais acima citados, onde observa-se melhora significativa após nossa ação de vinculação no Município de Mandirituba. Resultando em uma RAS fortalecida e integrada, diminuindo assim os custos desnecessários ao município, com os pacientes estratificados: Na rede certa, agendamento certo, médico certo, tratamento certo, retorno certo



Foto: Diretora da 2ª RS, Carolina Andreatta Creplive (COMESP) e Secretário de Estado da Saúde Beto Preto.



Territorialização em equipe multiprofissional no município de Almirante Tamandaré.

Autora: Nanci Aparecida de Almeida Rocha.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Gestão; Equipe da Unidade de Saúde Laboratório; Equipe da Secretaria Municipal de Saúde e Equipe de Endemias.

Como ocorreu a experiência?

Desde que o município fez a adesão ao PlanificaSUS, a maior preocupação do gestor e dos técnicos da Secretaria de Saúde foi desenvolver a territorialização, visto que em nossa unidade laboratório, neste momento, temos apenas uma Agente Comunitária de Saúde. Afinal, para qualquer planejamento ou ações futuras a base é o conhecimento do seu território e das subpopulações, como diz Mendes, 1993, muito mais que uma extensão geométrica, o território apresenta um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural. E deste modo, baseando-se na Política Nacional de Atenção Básica, 2017, onde cita as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica: que é o de participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, foi proposto a todos da equipe que realizássemos os cadastros dos usuários da área adscrita da Unidade de Saúde para assim termos base para planejamento e organização do serviço.

Quando ocorreu?

No início de março, em parceria com o setor de endemias, foi verificado o mapa da Unidade de Saúde São Venâncio, nossa unidade laboratório. E assim, foi planejado os locais que seriam iniciados os cadastros e a organização de como seria desenvolvido o trabalho em campo. Em 12 de março de 2022 iniciamos os cadastros da população adscrita. Inicialmente realizamos uma orientação sobre as fichas e como preenche-las e posteriormente realizamos a divisão das duplas para o trabalho no território.

Pontos fortes e desafios:

O engajamento da equipe e apoio da gestão foi fundamental para realizarmos a territorialização, pois sem o envolvimento de todos da equipe não conseguiríamos realizar os cadastros e não teríamos ferramentas para desenvolver as ações do PlanificaSUS. Outro ponto forte foi a disponibilidade de outros profissionais para realizar a territorialização, pois além da equipe da unidade e de endemias, tivemos a participação de profissionais de setor administrativo e de outros locais para auxiliar nos cadastros

Resultados obtidos:

O objetivo da territorialização e a melhoria da qualidade de vida da população. Apesar de não termos 100% da territorialização, já observamos muitos resultados. Nos relatórios do Ministério da Saúde, tínhamos 4.271 cadastradas no início do trabalho e atualmente temos 5.398 cadastros válidos, mas quando analisamos os cadastros junto ao nosso prontuário eletrônico temos 7.427 pessoas ativas, ou seja, vinculadas à equipe da Unidade de Saúde. Atualmente, com a atualização dos cadastros, o mapa inteligente está sendo construído, pois temos um panorama maior de conhecimento da população como um todo, mas também reconhecimento das subpopulações e assim sermos mais assertivos nas ações e planejamento das ações pela equipe de saúde. Este trabalho também sinalizou para a gestão a importância da presença do Agente Comunitário de Saúde para manter este trabalho, e deste modo, serão contratados mais profissionais. Vale destacar, neste trabalho, o engajamento da equipe na territorialização, mas também dos demais atores de outros setores neste processo.



Foto: Tutores municipais, representantes dos municípios e da 2ª RS.



Integração das Equipes do PSF/ESF, Reconhecimento e Incentivo, Cadastro Territorial Individual e Familiar.

Autora: Priscila de Barros Alexandre.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Equipe 1; Equipe 2; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermeiros; Agentes de Combate à Endemias; Secretário de Saúde.

Como ocorreu a experiência?

Quando iniciei como tutora neste projeto, não fazia ideia dos desafios aos quais seríamos submetidos. As atividades nos fizeram enxergar a real situação de nosso Município e o quanto tínhamos que melhorar em todos os sentidos. Eu fui por cinco anos ACS, a dois anos sou ACE, e não fazia ideia da tamanha responsabilidade e importância que estes profissionais têm junto com as equipes do PSF, com a Secretaria e mais ainda com a população.

Na atividade relacionada a territorialidade descobrimos falhas no sistema, falhas humanas e junto com a capacitação que recebemos conseguimos em um curto espaço de tempo realizar o maior índice de cadastro e recadastramento de nossa população. Com ações de incentivo e reconhecimento destes profissionais.

Trabalhamos com dinâmicas, reuniões, prêmios e com muito carinho... e assim saímos do zero a mais de mil um curto espaço de tempo, sempre reconhecendo e incentivando. E trabalhamos da mesma forma com os demais profissionais todos apresentaram bons resultados, porém, os ACS merecem o reconhecimento pois são os que foram de casa em casa na busca de melhorias e são eles que reconhecem todas as situações relacionadas a população, que vão além do atendimento médico, eles conhecem a cultura, religião, conhecimento, educação, acesso, dificuldades e facilidades de toda a população. Por isso são merecedores de todo reconhecimento.

Quando ocorreu?

A territorialidade e seu cadastro é de suma importância, teve início no mês de abril, tendo grande adesão e participação dos profissionais envolvidos apresentando os principais resultados nos meses de junho e julho. E segue em atualização constante. O que me motiva a apresentar este trabalho dos ACS é o comprometimento e relevância com muita seriedade na entrega do que lhes for solicitado. Diferentemente dos demais profissionais eles realizam com primor todas as atividades que lhes são atribuídas.

Pontos fortes e desafios:

A primeira atividade/atitude foi o reconhecimento, o fortalecimento do vínculo entre as equipes, a demonstração da importância das atividades destes profissionais, realizando palestras, reuniões e principalmente dinâmicas de integração, trabalhos desenvolvidos com todos, coletivamente.

Resignificando a importância da presença e de suas atividades. Todos se uniram e reconheceram a importância deles para a população e para com os demais profissionais e atividades que realizam em campo. Muitos têm que realizar as visitas com veículo próprio, combustível próprio, em locais de difícil acesso, enfrentando todas as adversidades, muitas vezes reaprendendo durante este período o que é ser, o que é estar e como fazer... tudo em tempo real demandando muito esforço e dedicação.

O que impressiona é a capacidade de realizar enfrentando as adversidades de uma infraestrutura baixa, de falta de capacitação, passando por muitas dificuldades de acesso e integração. Eles superaram tudo isso.

Resultados obtidos:

O maior número de cadastros territorial, domiciliar e individual de toda a população. Reconhecimento de suas micro áreas. Das dificuldades próprias e dos demais colegas. Reconhecimento da importância de suas atividades.

Enriquecimento pessoal e profissional, já que muitos buscaram por capacitações referentes às suas atribuições, e entenderam que é a partir de suas atividades que os demais profissionais podem realizar um melhor atendimento nas regiões onde eles atuam.



Experiência do PlanificaSUS na Unidade de Saúde Família Tarumã do Município de Pinhais.

Autora: Jaqueline Fumes Juvenal Zômpero.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Viviane Maysa Tomazoni (gestão) Valdirene Aparecida Pacheco dos Santos (apoio das USF), Fernanda Michelle Navarro Toledo Penteadó (Apoio de planejamento e monitoramento)

Como ocorreu a experiência?

Com a diminuição dos casos da COVID-19 no final do primeiro quadrimestre/2022, os serviços da APS se encontravam fragmentados e com dificuldade na retomada das atividades de prevenção, promoção e acompanhamento dos pacientes com condições crônicas.

Nesse sentido, após o primeiro contato com o Projeto PlanificaSUS notamos que seria a melhor metodologia para a operacionalização dos processos da APS, uma vez que apoia os profissionais no planejamento das ações e cuidado compartilhado.

Assim, a planificação ocorreu na Unidade de Saúde da Família Tarumã, com a realização do Diagnóstico Situacional (DS) contemplando dados primários e secundários. Em seguida foi construído o plano de ação a partir das discussões do resultado do DS e da programação científica das etapas de 1 a 4, com a priorização das Linhas Guias de Hipertensão (HAS) e Diabetes (DM), conforme trabalhado em cada workshop. As primeiras ações pactuadas foram o resgate da territorialização, estratificação de risco familiar, mapeamento dos pacientes crônicos com o agendamento de consultas conforme a estratificação de risco de HAS e DM.

Quando ocorreu?

Dia 28/03/2022 Giro na USF e atualização dos ACS sobre a Estratificação de Risco Familiar. Dia 19/03 Cadastramento da população e atualização no território com a estratificação de risco familiar. Dia 31/03 Alinhamentos dos conceitos sobre APS, RAS e AAE; Fechamento do DS e Construção do Plano de Ação. Dia 22/07 Monitoramento da Estratificação de Risco HAS e DM pela planilha das Condições Crônicas e dia 01/08 organização das agendas para o atendimento dos pacientes vinculados e estratificados.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: Atualização dos conceitos sobre APS, RAS e AAE; troca de informações com outros municípios nos workshops, trabalho em equipe, aprendizagem organizacional e melhoria dos indicadores do Programa Previne Brasil.

Desafios: Rotatividade de profissionais, sensibilização dos profissionais para a atualização das estratificações de riscos cardiovasculares, educação em saúde com a retomada a partir do PlanificaSUS e ações para a qualificação do autocuidado dos pacientes crônicos.

Resultados obtidos:

O território é composto por duas equipes de saúde da família, cada uma com 03 microáreas cobertas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). A população estimada é de 8.561 pessoas (IBGE, 2021), com a maioria na fase adulta e idosa. Assim, antes da planificação 03/2022, o total de pessoas cadastradas nas áreas era de 4.625 e vinculadas ao ACS era de 2.936, após a implantação do projeto obtivemos um aumento de 71,9%, com o total de 7.952 cadastradas e 4.404 vinculadas ao ACS.

Em relação a subpopulações de HAS e DM, foram cadastrados 1.340 HAS e 578 DM. Com a intensificação das Estratificação de Risco Cardiovascular saímos de 160 estratificados (2021) para 582 (2022) e DM de 112 estratificados para 289 atualizados. Neste sentido, os profissionais de saúde envolvidos com a planificação constataram que, mesmo que não tenhamos concluído todas as etapas do projeto, o referido instrumento direciona as equipes de saúde na organização e qualificação do macro e micro processos da APS.





PlanificaSUS: Um novo olhar para a assistência aos portadores de Hipertensão e Diabetes.

Autoras: Caroline Roskosz de Castro, Daniele Fogaça de Almeida, Paola de Farias Gomes Martins.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Equipe da US, Tutores Municipais, Gestão da APS, 3ª Regional de Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FMS.

Como ocorreu a experiência?

A US Ottoniel Pimentel do Santos encontra-se no Município de Ponta Grossa-PR, trabalha desde 2004 com duas equipes de saúde da família e conta com uma população adscrita de 7016 pessoas. Nas etapas trabalhadas durante o PlanificaSUS, apresentou inúmeros avanços, mas aqui, vamos destacar as principais mudanças ocorridas no atendimento às pessoas com hipertensão (HAS) e diabetes (DM). Iniciamos com um encontro entre a AAE e a equipe da US, para conhecimento dos serviços; pactuamos estratégias para busca ativa de novos cadastros e estabelecemos rotinas para sua atualização; estratificamos o risco familiar através da escala de Coelho- Savassi; concluímos a estratificação de risco cardiovascular dos portadores de HAS e DM e organizamos um cronograma anual para os seus atendimentos. Hoje, as consultas são agendadas em um dia específico da semana, baseada na estratificação. O ACS é o profissional responsável por acolher esta população, agendar as consultas, exames e o retorno ao serviço.

Resultados obtidos:

De acordo com os conhecimentos adquiridos, buscamos qualificar nosso atendimento, agregando valor a saúde com foco nas necessidades do usuário. Concluímos que a estratificação de risco foi a base para a organização do serviço e a atuação do ACS foi fundamental nesse processo. Como resultado, iniciamos também, um projeto piloto, em parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, que tem como objetivo prestar atendimento multiprofissional contínuo, proativo e integrado aos HAS e DM. Sabendo que a falta de uma equipe multiprofissional na APS prejudica o atendimento aos pacientes portadores de doenças crônicas, os profissionais envolvidos no projeto irão trabalhar com um plano de cuidados individualizado, com a pactuação de metas, supervisionado e compartilhado entre profissionais e usuários. Neste momento, estamos na fase das discussões do fluxo e na elaboração de instrumentos que auxiliem na execução e avaliação do projeto.

Quando ocorreu?

Iniciamos o Planifica no final de 2021, como Unidade Vitrine da 3ª Regional de Saúde e desde então, trabalhamos refletindo e (re)organizando nosso processo de trabalho. A US possuía sua população cadastrada, porém parcialmente estratificada, sendo assim, os atendimentos eram organizados sem levar em consideração a estratificação de risco. Desde início de 2022, usuários classificados como muito alto e alto risco possuem atendimento agendado a cada 4 meses e intermediário e baixo a cada 6 meses.

Pontos fortes e desafios:

Podemos destacar que 95% deste público utilizam a US, representando 12% da população adscrita, sendo essencial a organização destes atendimentos para garantir a equidade. Em contrapartida, percebemos que a ferramenta, da Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, não é compatível com o MACC, pois traz o estrato muito alto risco representando 11% dos usuários e 50% alto risco, o que nos leva a repensar a ferramenta utilizada e a necessidade de revisão dos Protocolos Municipais.



Foto: Tutores municipais, representantes dos municípios e da 3ª RS.



Atenção contínua na APS: Uma tecnologia possível - relato de experiência do município de Fernandes Pinheiro.

Autoras: Suellen Guimarães.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Equipe multiprofissional do município de Fernandes Pinheiro, Equipe da Unidade Laboratório, Gestão Municipal, usuários.

Como ocorreu a experiência?

Com a etapa 4.1 Gestão do Cuidado, notou-se a necessidade de melhorias dos processos de trabalho com os usuários crônicos de HAS e DM. Um aumento expressivo das agudizações em período da pandemia e pós pandemia nos preocupava muito. Com o conhecimento e experiência que tenho na AAE, vivenciei e aprendi a tecnologia da Atenção Contínua, e vi a possibilidade de realizar no município de Fernandes Pinheiro, assim que iniciei minhas atividades como Tutora da Planificação e Coordenadora da APS do município.

O município conta com uma equipe Multiprofissional composta por: Farmacêutica, Psicóloga, Assistente Social, Nutricionista e Educadora Física, a qual teve o papel fundamental no planejamento e execução desse projeto. Inicialmente realizei um esboço do projeto e apresentei a Gestora, a qual apoiou e incentivou o projeto desde o início. Após apresentei a equipe Multiprofissional, ao Médico e Enfermeira da Unidade Laboratório. O projeto inicial foi pensado nos HAS/DM crônicos não agudizados, com Hemoglobina glicosilada de até 10%, e os Hipertensos não controlados, e que não estariam sendo compartilhado o cuidado com a AAE.

A equipe também viu a necessidade de realizarmos algumas alterações no modelo de atendimento, que condiz para a nossa realidade. Sendo assim, os atendimentos são realizados na sala de reuniões da UBS, com todos os profissionais citados e com o usuário, em modelo de roda de conversa. Fizemos essas alterações pois o usuário nos conta sobre a história de saúde, hábitos alimentares, atividade física, uso de medicações, crenças e saberes.

A psicóloga realiza entrevista motivacional no mesmo atendimento, para que a equipe saiba em qual estágio de motivação o usuário encontra-se, e para criarmos estratégias para melhoria e apoiarmos suas mudanças. No atendimento realizamos escuta qualificada, respeitando suas crenças e saberes, e sempre pautados em evidências. Realizamos o Plano de cuidados com o usuário, o qual é o autor principal, e é o usuário que nos relata quais mudanças se compromete em fazer, geralmente entre 2 a 3 mudanças, para que seja alcançável e possível de realizar. O usuário leva uma via assinada por ele desse plano de cuidados, e o ACS nos auxilia no acompanhamento e monitoramento. O usuário sai do atendimento já com as solicitações de exames complementares se necessário, com data de retorno já agendada.

Resultados obtidos:

Os resultados foram na melhoria e estabilização das condições crônicas não agudizadas; Melhoria na vinculação dos usuários com as equipes multiprofissional e UBS; Controle pressórico; Diminuição da Hemoglobina glicosilada; Qualidade dos encaminhamentos realizados para compartilhamento com a AAE; Fortalecimento dos profissionais; Usuários com melhor assistência técnica.

Quando ocorreu?

O início do projeto foi em Janeiro de 2021, e os atendimentos iniciaram em Junho de 2021. Atendemos em média de 4 usuários por semana, esses atendimentos são realizados nas 3ª feiras, no período da manhã. Os usuários que serão atendidos são definidos pelas estratificações de risco, realizada pela equipe da UBS.

Pontos fortes e desafios:

Os pontos fortes foram: Aproximação das equipes; Empoderamento dessas equipes; Melhora na qualidade da vinculação das equipes e usuários; Estabilização do quadro clínico dos usuários; Quando não estabilização do quadro clínico, um melhor compartilhamento do cuidado com a equipe do AAE, pois no plano de cuidados que encaminhamos para esse compartilhamento do usuários, colocamos todas as ações realizadas pela equipe da APS, assim solicitamos apoio técnico, específico e tecnologias diferentes para essa estabilização e manutenção do quadro clínico; A construção do plano de cuidados e auto cuidado apoiado; O entendimento de forma correta da doença, e maneiras de melhoria; Autonomia do usuário.

Os desafios encontrados: Rotatividade de profissionais da UBS; Acompanhamento do Plano de cuidados pelo ACS; Pouco tempo da semana para esse modelo de atendimento; Comprometimento de alguns usuários.





PlanificaSUS: promovendo a reorganização da Atenção Primária à Saúde.

Autoras: Silvane do Carmo Gavronski.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- ESF, AAE, gestão, TI, odontologia e epidemiologia.

Como ocorreu a experiência?

No ano de 2019, iniciamos o processo de planificação em saúde no Município de Inácio Martins, através do projeto apresentado pelo Hospital Albert Einstein e da 4 regional de saúde, com a finalidade de qualificar os serviços prestados à população adstrita em sua área de abrangência, bem como organizar o processo de trabalho da equipe da ESF.

Nosso objetivo era adequar a unidade conforme o projeto estabelecia, bem como organizar os processos de trabalhos, organizar a oferta de serviços para atender os anseios dos usuários atendidos, conhecer os prós e contras, e promover a autonomia e o empoderamento da equipe. Qualificar o atendimento e promover o acesso fácil, além de servir de laboratório para as demais equipes de ESF do município.

Quando ocorreu?

Iniciamos o projeto sem muitas expectativas, pois não conhecemos muito bem o processo, por ser algo novo e ousado, porém tínhamos muita vontade e entusiasmo para promover a qualificação da unidade dos serviços da equipe afim de promover aos usuários uma saúde diferenciada e com facilidade de acesso. Aos poucos fomos organizando os processos, avançando as fases e executando as objetividades do projeto, como: estratificar todas as gestantes, e ofertar atendimento bucal para 100% delas, estratificação de dos idosos através da ferramenta IVCF-20 para identificar os idosos frágeis e os em risco de fragilizar, estratificar hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças, hiperutilizadores, seguindo os protocolos e as linhas guias de cada rede de cuidado, elaborar uma agenda com horário preservado para atender as condições crônicas e dar acesso as condições agudas, conforme a demanda diária dos usuários, e desta forma poder ofertar a todos os usuários um cuidado individualizado e qualificado dentro de suas necessidades.

Pontos fortes e desafios:

No decorrer dos meses, fomos adequando as etapas, o direcionamento das demandas e hoje temos uma equipe altamente qualificada e modelo de organização. Hoje temos o melhor índice de atendimento e estratificação de gestantes dentro da Saúde Bucal, através da integração das equipes, sendo que no ano de 2021 obtemos o melhor resultado nos indicadores do Estado do Paraná, onde mais de 99% das gestantes estão estratificadas. Todas as gestantes são captadas precocemente, são estratificadas e atendidas conforme a guia linha guia materna infantil, bem como seus parceiros. Todas as crianças são estratificadas e acompanhadas até os dois anos de vida. Os hipertensos e diabéticos são estratificados e acompanhados conforme a linha guia, com as consultas e os exames de rotina realizados conforme o protocolo do MS. Todos os usuários estratificados como frágeis e mais vulneráveis e são encaminhados para atendimento pelo MACC, Modelo de atenção de condições crônicas, dentro da Atenção Especializada, sendo este atendimento compartilhado com a ESF, com plano de cuidados individualizados, pactuados e compartilhado entre o paciente, a ESF e o MACC. A agenda é preservada, através de bloco de horas, com horário programado, onde o paciente não fica mais de meia hora na unidade, e a agenda é compartilhada entre medico e enfermeiro. As consultas são confirmadas por mensagem via WhatsApp 24 horas antes do atendimento. A vacinação de rotina também é programada por blocos de horas por agendamento. A reunião de equipe é preservada na agenda mensalmente, as consultas de condições crônicas das linhas de cuidado, são compartilhadas entre os profissionais da equipe conforme protocolos.

Resultados obtidos:

Os resultados do projeto Planificasus apresentados foram extraordinários, e nós podemos afirmar que o projeto é ousado e que realmente dá certo, desde que as equipes se empoderem e coloquem em pratica os direcionamentos que o projeto propunha. A qualidade e a organização que esta ESF apresentou serviram para que a gestão se sensibilizasse e aderisse o projeto de extensão para as outras três ESF's do município, afinal todos os usuários merecem ter uma saúde de qualidade, com o acesso facilitado e distinto, seguindo os princípios do SUS de equidade do cuidado, universalidade e integralidade. Nossos indicadores do Previne Brasil que iniciarão no 1º Quadrimestre de 2021 com o ISF de 6,41, hoje no 2º Quadrimestre de 2022 apresenta-se com ISF 9,87. Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados. Aqui o SUS dá certo! Enfim, hoje a qualidade de atendimento nesta ESF se supera ao atendimento em clínicas particulares.





Consulta agendada na Unidade de Atenção Primária Saúde da Família, uma colheita do PlanificaSUS.

Autoras: Ana Paula Klosovski.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Gestão, assistência, equipe de TI e usuários.

Quando ocorreu?

Deu início em janeiro de 2020.

Como ocorreu a experiência?

Através dos processos de planificação, podemos organizar a agenda da unidade em sistema eletrônico, protegendo horários para reunião de equipe com isso os colaboradores conseguem fazer, planejamento estratégico de rotina, discussão de planos de cuidado, educação continuada permanente.

Nessa agenda também o usuário que apresenta evento agudo garante seu atendimento de qualidade. As pessoas podem agendar suas consultas através de WhatsApp, via telefone ou pessoalmente, eles recebem um comprovante de agendamento com todas as informações necessárias.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: Garantia de atendimento com qualidade, Validação do atendimento otimizando tempo de permanência do usuário, qualidade integralidade no trabalho oferecido ao usuário do SUS, reunião de equipe protegida, educação continuada da equipe, confirmação de consulta, diminuição absenteísmo. Pontos fracos: Adesão do usuário, incansável dialogo e divulgação, rotatividade de recepção e RH.

Resultados obtidos:

Podemos observar que a unidade está organizada, pacientes satisfeitos e equipe motivada e preparada. O agendamento de consultas proporciona a organização da unidade de saúde, fazendo com que os atendimentos aconteçam de forma integral, e com qualidade. Receber uma mensagem via WhatsApp, confirmando sua consulta na unidade de saúde gera um vínculo de cuidado eficaz com o paciente, fortalecendo o atendimento diferencial que tanto equipe quanto usuário ganham.



Foto: Solenidade de abertura do evento, no momento da fala da Diretora de Atenção e Vigilância da SESA/PR, Maria Goretti David Lopes.



Laranjeiras do Sul

5ª Região de Saúde Macrorregião Leste



Organização do processo de territorialização, agendamento e acompanhamento das subpopulações.

Autoras: Priscila Kauana Baptistel e Camila Stein.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Gestão: Valdecir Valicki; Coordenação APS e tutora municipal: Priscila Kauana Baptistel; Vigilância em Saúde: Patricia Massuqueto, Camila Bortoluzzi, Fernanda Beira; Equipe multi: Thaise Granzotto, Fernando Barcelos, Alfredo Wagner, Guilherme Flores dos Santos; Equipe da ESF: Camila Stein, Aline Bortoluzzi, Juliano Correa, Jaqueline de Matos, Anibaldo Zuzzi, Adriana Gmoach, Elisangela Brechmz, Rozilda Brasil, Odete Terezinha Vial, Suzana Batista, José Henrique, Lucia Fernandes.

Como ocorreu a experiência?

A unidade laboratório, Jardim Iguazu, tem uma população adscrita de 2690 pessoas e contava com mapa inteligente do território, porém sem rotina estabelecida para atualização. A equipe trabalha desde 2019 com as planilhas no drive para estratificação de risco das subpopulações, mas que teve o processo de trabalho prejudicado pela pandemia. E, os agendamentos eram realizados para todos os profissionais, exceto o médico, que atendia por agendamento apenas gestantes.

A partir das discussões do PlanificaSUS e da criação do Comitê Gestor, foram estabelecidas metas no plano de ação para atualização do território e estratificação de risco das subpopulações nas planilhas do drive. Iniciaram o agendamento por bloco de horas, para o profissional médico, além de manter e qualificar os agendamentos dos demais profissionais, com a elaboração de instrumento para a sistematização da assistência de enfermagem à diabéticos e hipertensos e instrumento no drive de acompanhamento da situação vacinal de 100% da população, por exemplo.

Resultados obtidos:

O plano de ação, que é monitorado pelo colegiado gestor, teve até hoje 21 ações propostas, das quais 10 estão totalmente concluídas e 11 parcialmente. O mapa do território tem rotina semanal para atualização e as subpopulações estão identificadas com a seguinte porcentagem de estratificações: Diabéticos: 64,84%, Hipertensos: 91,64%, Crianças: 100%, Gestantes: 100%, Saúde Mental: 71,33%, Idosos IVCF-20: 32,5%. Em relação ao acompanhamento da situação vacinal da população adscrita já foram identificadas 1701 pessoas, avaliada a situação vacinal de 471, sendo que dessas 91,6% estão com vacinação em dia e 8,39% com vacinação em atraso.

Quando ocorreu?

O processo começou no início de 2022 e na reunião do comitê gestor do Planifica, em abril de 2022, foram estabelecidos os prazos para término da atualização do mapa do território e estratificação de risco das subpopulações, bem como proposto a elaboração de instrumento no drive para acompanhamento da situação vacinal de todos os usuários da UBS tendo em vista que os antigos livros que os ACS utilizavam tornaram-se inoperantes nos dias atuais. O agendamento por bloco de horas para a médica, iniciou um pouco mais tarde, em meados de julho de 2022.

Pontos fortes e desafios:

Inicialmente observamos como fragilidade que a profissional médica que atuava na UBS não se identificava com ESF, sendo a mesma substituída por uma médica da família, a qual auxilia muito em todo processo. Como potencialidades observamos a união, o comprometimento e o trabalho em equipe que foi primordial para o processo de trabalho.



Foto: Premiação da experiência de Laranjeiras do Sul, com representantes do município, diretora Maria Goretti David Lopes e o Secretário de Estado Beto Preto.



A importância da atualização dos cadastros familiares.

Autora: Simone Estácio de Paula Nierotka.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Gestão, equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Quando ocorreu?

Iniciamos no mês de abril de 2022 e será um processo contínuo.

Como ocorreu a experiência?

Inicialmente foi solicitado a todos os Agentes Comunitários de Saúde a realizar atualização de todos os cadastros familiares e individuais, colocando todas as informações disponíveis para a realização da estratificação de risco familiar de todas as famílias de suas áreas.

Na sequência realizada conferência dos cadastros e das estratificações de risco pelas enfermeiras responsáveis. Após atualização de todos os cadastros, ficou definido que os cadastros serão atualizados frequentemente, sempre que necessário, não podendo ultrapassar três meses de atualização de cada cadastro.

Após iniciou-se o processo de elaboração dos mapas, sendo que o mapa da UBS está concluído e em andamento a elaboração do mapa inteligente de cada micro área que será em modelo digital.

Pontos fortes e desafios:

Podemos perceber que com a atualização dos cadastros conseguimos ter um diagnóstico do território e assim trabalhar nas necessidades prioritárias.

O desafio é manter estas atualizações sendo realizadas constantemente, o que necessita de envolvimento de toda a equipe.

Resultados obtidos:

Total de 1.311 famílias - 100% estratificadas

FAMÍLIAS DE BAIXO RISCO - 1.149 - 87%

FAMÍLIAS DE MÉDIO RISCO - 112 - 9%

FAMÍLIAS DE ALTO RISCO - 50 - 4%

Antes das atualizações dos cadastros não tínhamos sequer o total das famílias por área e micro áreas.



Foto: Tutores municipais, representantes dos municípios e da 6ª RS.

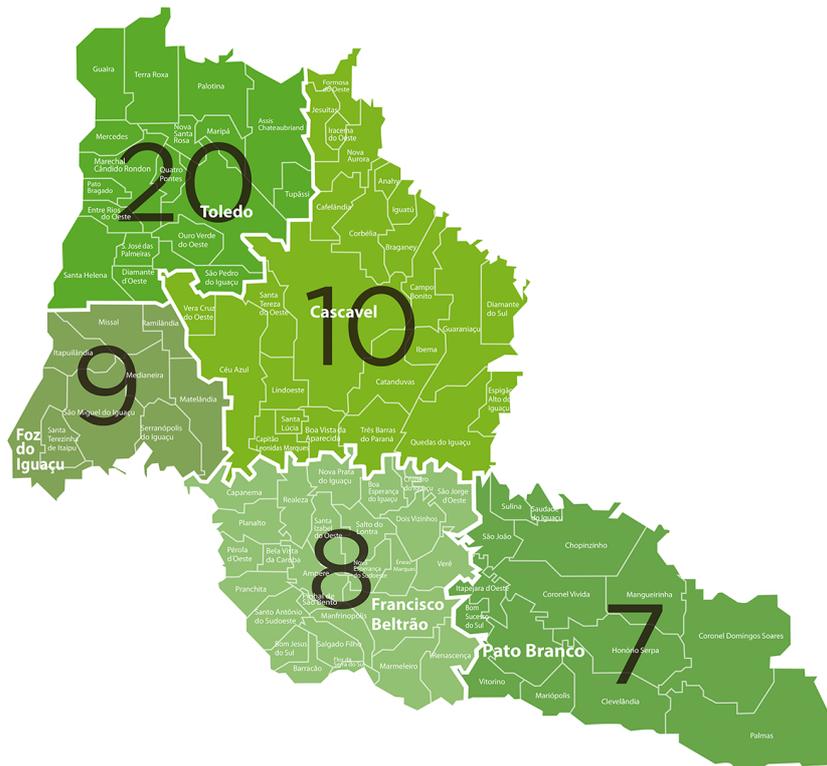


Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 1ª RS.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 21ª RS.

Experiências Macrorregião Oeste



14 experiências



Humanizar o acesso: uma necessidade?

Autora: Dirceia Borges Fernandes.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Secretário de Saúde, Diretora da Saúde Básica, Conselho de Saúde, Administração da Prefeitura.

Quando ocorreu?

A aprovação da alteração pelo Conselho Municipal de Saúde se deu em março de 2022, e iniciou sua alteração em abril.

Como ocorreu a experiência?

Observou-se que na unidade laboratório, ESF Madalosso, havia uma grande demanda de pacientes que procuravam a unidade, e que parte dessa demanda não eram pertencentes à referida equipe, mas que buscavam seus atendimentos ali devido a facilidade de acesso, pois a UBS a que pertenciam dista cerca de 30km do local de residência desses pacientes.

Pensando em garantir um atendimento humanizado e em facilitar o acesso, discutiu-se com a gestão sobre a possibilidade de alteração dessa microárea ora pertencente a ESF Caçador, para a ESF Madalosso, após a aprovação dos gestores, passou-se a estudar e elaborar o documento da redivisão das áreas, após encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e aprovação.

Seguindo os trâmites legais, publicou-se a alteração e iniciou-se a orientação daquela população, cadastrando e direcionando para a nova unidade de referência. Agora a população tem um trajeto muito menor de deslocamento, facilitando o acesso e assim melhorando a qualidade de vida e assistência a esses pacientes.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes destaca-se o engajamento da equipe com a nova ACS na equipe, ajustes de micro áreas dentro da equipe, para que todos tenham condições de trabalho, não sobrecarregando ninguém.

O maior desafio foi a construção do mapa territorial, pois a engenharia teve dificuldade em reelaborar o mapa.

Resultados obtidos:

A facilidade do acesso possibilitou melhorar os atendimentos, com isso cumprindo das metas do previne Brasil, no que tange as coletas de preventivos, atendimentos de hipertensos e diabéticos, bem como, qualificando o pré-natal, pois os pacientes conseguem se deslocar com maior facilidade não sendo necessário alguém que os leve até a Unidade de Saúde como acontecia com a antiga ESF.



Francisco Beltrão

8ª Região de Saúde
Macrorregião Oeste



Curso de extensão MACC/UNIOESTE: Da atenção primária ao serviço especializado.

Autora: Natalia Dalla Costa Becker.

Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (Ambulatório da ARSS).

Atores envolvidos:

Associação Regional de Saúde do Sudoeste: Natalia Dalla Costa Becker, Tábata Colussi, Samyra Soligo Rovani; 8ª Regional de Saúde: Ana Letícia Pinto; Unioeste: Samyra Soligo Rovani, Vicente Albuquerque Maranhão Leal e Lirane Elize Defante Ferreto; Municípios pertencentes a 8ª Regional de Saúde: Enfermeiros e médicos.

Quando ocorreu?

Os módulos ocorreram nos meses de fevereiro, março e abril do ano de 2022, foi realizado um encontro por mês com duração de 8 horas cada encontro, totalizando uma carga horária de 24 horas.

Como ocorreu a experiência?

O curso de extensão foi uma parceria entre a Associação Regional de Saúde do Sudoeste e a Universidade do Oeste do Paraná. Na oportunidade o setor da ARSS responsável pela atividade foi o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Primeiramente foi escrito e enviado a UNIOESTE um projeto com a finalidade de obter autorização para emissão de certificado aos participantes, via universidade.

O projeto tinha como objetivos: capacitar médicos e enfermeiros da Atenção Primária no que se refere a abordagem inicial e manejo dos pacientes com doenças crônicas - hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença renal crônica e também sobre saúde do idoso, capacitar a equipe de saúde para identificar as doenças crônicas na população atendida, treinar a equipe quanto as estratificações desses pacientes, abordar tópicos importantes sobre gestão de saúde no SUS e qualificar as equipes técnico-assistenciais para melhor atendimento aos pacientes com doenças crônicas.

Foram elaboradas aulas teóricas abordando os principais tópicos sobre doenças crônicas, saúde do idoso e gestão no SUS e oficinas com discussão de casos clínicos, divididas em módulos:

Módulo 1 - Identificação das doenças crônicas e abordagem inicial.

Módulo 2 - Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus - Tópicos importantes

Módulo 3 - Saúde do Idoso e Doença Renal Crônica - Tópicos importantes

Módulo 4 - Gestão de Saúde no SUS

Módulo 5 - Oficinas - discussão de casos clínicos.

Antes de cada módulo era enviado aos participantes um questionário com perguntas relacionadas aos tópicos que seriam abordados no dia, após a explanação teórica era reenviado o questionário e comparado as respostas, era verificado se havia diferença nas respostas e mais acertos antes ou após a apresentação. Também eram discutidas as respostas no final de cada encontro com a finalidade de esclarecer as dúvidas que restavam. Foram disponibilizadas vagas para os 27 municípios pertencentes a 8ª regional de saúde. As vagas eram distribuídas da seguinte forma: 3 vagas para enfermeiros e 3 vagas para médicos da atenção primária a saúde.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: melhoria da comunicação e fortalecimento do vínculo entre atenção primária e atenção especializada, qualificação das equipes para realizar a estratificação de risco dos pacientes, envolvimento dos entes municipais e estaduais na realização do projeto. Desafios: deslocamento dos profissionais da APS até o município onde era realizado o curso e organização das agendas dos profissionais nos municípios e na atenção especializada nos dias de realização dos módulos, desafios encontrados porém superados pelos municípios. Verificou-se que alguns profissionais não conseguiam comparecer em alguns dias específicos do curso devido a outros compromissos de trabalho no município, porém mesmo diante desse entrave sempre havia a participação de pelo menos um profissional do município que ficava responsável de repassar as informações para os demais.

CONTINUA



Francisco Beltrão

8ª Região de Saúde
Macrorregião Oeste



Curso de extensão MACC/UNIOESTE: Da atenção primária ao serviço especializado.

Autora: Natalia Dalla Costa Becker.
Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (Ambulatório da ARSS).

Resultados obtidos:

O projeto de extensão teve uma boa adesão dos municípios, totalizando 105 inscritos. A partir do projeto foi possível identificar as fragilidades dos municípios, capacitar as equipes técnico assistenciais da Atenção Primária à Saúde, qualificar o serviço de saúde, sobretudo no que se refere a abordagem inicial, estratificação de risco e encaminhamento de pacientes com doenças crônicas ao serviço especializado. É notório a melhoria que houve na estratificação de risco dos pacientes e encaminhamentos qualificados à atenção especializada. Os encaminhamentos de pacientes estratificados à AAE aumentou e também melhorou a comunicação entre a AAE e APS, o entendimento das equipes da APS quanto ao manejo dos pacientes antes e após os atendimentos no ambulatório MACC, qualificando o plano de cuidados desses pacientes.



Foto: Premiação da experiência do ambulatório da ARSS, com representantes do ambulatório e da 8ª Regional de Saúde, diretora Maria Goretti David Lopes, o Secretário de Estado Beto Preto, e representante do Hospital Albert Einstein Priscila Rabelo.



Desafios do PlanificaSUS.

Autora: Gisele Dellani.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Jailine Bortolomedi; Daiane Gurgel Wurlitzer; Gisele Dellani; Robson Sari; Elza Carnin; Alini Mazzuco Lazarin; Mariana Brustolim Broetto; Julia Helena Rathier; Priscilla Mayara Dal Molin; Anni Caroline Pavelegini Matias De Souza; Maicon Gilioli Morockoski; Anderson Ferreira Dos Passos; Sirle Regina Bertochi Grigol.

Quando ocorreu?

As atividades começaram a ser implementadas na unidade de saúde em vinte e dois de janeiro de dois mil e dois sendo uma construção constante até os dias atuais.

Como ocorreu a experiência?

O programa PlanificaSus foi desafiador no município desde a sua apresentação. Primeiramente o desafio de escolher uma equipe. Devido às características da equipe do PSF V – Santa Monica foi essa a escolhida. Depois o desafio de estruturar uma equipe mínima com todos os profissionais necessários, houve uma grande rotatividade de vários profissionais, o programa iniciou com suas exigências e nós com o desafio de inicialmente estruturar uma equipe para daí então seguir com as etapas do PlanificaSUS. Fomos caminhando em passos lentos, porém nunca baixamos a guarda quando os desafios nos eram lançados.

Na etapa 1 trabalhamos com territorialização e cadastramento da população vinculada a unidade de saúde. A equipe que lá trabalha, já tinha conhecimento do seu território de abrangência, porém a equipe contava somente com dois agentes comunitário de saúde trabalhando na realização de visitas domiciliares, com isso o cadastro da população estava desatualizado. Pensando nisso, a equipe planejou junto com a gestão um mutirão para o cadastramento da população nas micro áreas onde não se tinha agente comunitário de saúde trabalhando.

O mutirão para cadastramento e atualização de cadastro da população pertencente à unidade de saúde contou com a ajuda de todos os agentes de saúde do município e demorou em média uma semana para acontecer. Após a realização do mutirão, a equipe multiprofissional da unidade fez a análise dos dados traçando um planejamento pensando na população pertencente aos grupos prioritários. Tendo conhecimento das famílias de risco e da população pertencente aos grupos prioritários, intensificou-se o atendimento a essa população, dando um seguimento ao acompanhamento e tratamento necessário com o auxílio da atenção especializada para a população estratificada com algum grau de risco.

Pontos fortes e desafios:

Os pontos fortes que podemos destacar, foram:

- Comprometimento de toda a equipe;
- Horários diferenciados para atendimento da população durante a realização de campanhas e intensificação de atividades que a equipe julga necessário oferecer para a população;
- Parceria e apoio da gestão em ajudar a suprir as necessidades e dificuldades encontradas.

E como desafios podemos citar:

- Falta de algumas categorias profissionais na equipe;
- Mudanças demasiada de profissionais;
- Por ser um bairro populoso e de renda baixa, temos várias famílias que moram de aluguel, com isso mudam bastante de residência dificultando o trabalho dos agentes de saúde e vinculação das famílias com a unidade de saúde.

CONTINUA



Desafios do PlanificaSUS.

Autora: Gisele Dellani.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Resultados obtidos:

A partir do mutirão realizado com os agentes de saúde para cadastramento de toda a população a equipe conseguiu conhecer melhor a realidade da população a qual está atendendo, podendo traçar um planejamento com toda a equipe. Levando esse planejamento para conhecimento da gestão, fazendo entender a importância e a necessidade de cobertura do trabalho do agente comunitário de saúde nas micro áreas onde não se tinha cobertura desse trabalho. Hoje a equipe conta com cobertura do trabalho do ACS em todas as micro áreas pertencentes à unidade de saúde.

Com a estruturação da equipe, a mesma atualmente consegue trabalhar em sintonia, vendo o paciente de uma forma geral e não isolado em apenas uma área. Criamos uma aproximação direta com a população que entende e sabe da importância do nosso trabalho dentro da unidade de saúde. As atividades direcionadas aos grupos prioritários acabam trazendo resolutividade de forma ágil, facilitando nosso trabalho e o acesso da população as informações pertinentes. O colegiado gestor foi constituído a partir do PlanificaSUS e é ativo. Foi composto por profissionais de diferentes áreas e níveis de gestão o que permite uma visão mais ampla e com opiniões distintas sobre os assuntos pautados o que agrega bastante nas reuniões realizadas pela equipe.

Com a proposta do PlanificaSUS foi iniciado um trabalho diferenciado de agendamento das consultas, onde 50% dos atendimentos são agendados. O agendamento acontece para o atendimento médico, enfermeiro, dentista e equipe de apoio municipal que podemos citar: nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Como exemplo vamos citar de exemplo à agenda do médico. O médico atende em média, 16 consultas por período, no período da manhã são agendadas 8 consultas com o objetivo de estratificação de riscos, retornos e acompanhamentos, as outras consultas são distribuídas de forma a atender as queixas agudas e no período da tarde o equivalente a mais 8 consultas agendadas sendo essas para gestantes e procedimentos agendados. Na primeira consulta são solicitados todos os exames conforme protocolo da AEE pra estratificação de riscos e retorno analisado os exames e encaminhado conforme o resultado da estratificação para a AEE. Houve uma aceitação excelente por parte da população nos agendamentos e um ponto bem importante é que todas as consultas agendadas tem a prioridade de ser atendidas conforme o horário marcado. Trabalhamos com o agendamento de forma individual (por horário).



Agente Comunitário de Saúde: PlanificaSUS nos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

Autora: Fernanda Raquel Pavanelo Sant'Ana.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

- Agente Comunitária de Saúde, gestão, usuários, regional de saúde, equipe de saúde, colegiado gestor do PlanificaSUS.

Quando ocorreu?

Dezembro de 2021 a Setembro de 2022

Como ocorreu a experiência?

Este trabalho caracteriza-se por ser um relato de experiência no processo de trabalho na atenção primária a saúde, através da implementação do PlanificaSUS nos serviços de saúde. O PlanificaSUS conforme estabelece e traz descrito no site oficial da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, "é uma estratégia de educação permanente que busca consolidar a operacionalização plena da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio da implantação metodológica da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Visa desenvolver competências, habilidades e atitudes necessárias às equipes técnicas e gerenciais para organizar, qualificar e integrar os processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Hospitalar (AH) com foco nas necessidades de saúde dos usuários.

Inicialmente como realizados em todos os municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu, o município de Ramilândia foi escolhido um Tutor do PlanificaSUS, sendo a profissional Fernanda Raquel Pavanelo Sant'Ana com o cargo de fonoaudióloga na Unidade Básica de saúde. O município de Ramilândia possui aproximada 4.500 habitantes (IBGE,2010), tendo somente (2) ESF e (2) unidades de saúde, rural e urbana, sendo que a unidade rural tem seu funcionamento atualmente uma vez na semana. A nossa equipe é composta por múltiplos profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, entre outros.

Podemos descrever que anterior a vinda do PlanificaSUS, apresentávamos incontáveis dificuldades para realização dos trabalhos, pois havia áreas descobertas, cadastros desatualizados, falta de alimentação de dados, gerando assim danos para um bom resultado no trabalho, principalmente nos processos de informatização. Com início das capacitações dos tutores, pelos responsáveis do PlanificaSUS, conforme as etapas preestabelecidas pelo Projeto, foram sendo reorganizadas as formas de trabalho com a nossa equipe, assumindo um papel fundamental nesse processo o profissional ACS. Segue abaixo as ações realizadas;

AÇÃO REALIZADA: Reunião de apresentação do PlanificaSUS para equipe de saúde ,Levantamento de dados referente a territorialização do município, formação do colegiado gestor do PlanificaSus, redistribuição de áreas e atualização da territorialização visando a melhor forma de trabalho para todas as ACS, reunião para definir quais as dificuldades no cadastramento da população, treinamento com as ACS (sistema e atualização de cadastros, realização de bloqueios de cadastros incompletos com o objetivo de atualizar os mesmos,Atualização e realização de novos cadastros, estratificação dos mesmos, definição da equipe de enfermagem para realização de puericultura, pré-natal, testes rápidos e visitas domiciliares.(resultado da organização da territorialização e atualização de cadastros, reuniões quinzenais para apontar dificuldades encontradas , definir novas ações, atualização de formas de trabalho, estudos de casos e outros.

O principal resultado que obtivemos, foi o comprometimento da equipe para acontecer os trabalhos, contendo o envolvimento de inúmeros profissionais, para que as pequenas ações como reorganizações das áreas, mapeamentos, cadastramento das famílias, fossem realizados.Esta experiência das ações realizadas na atenção primária, com o envolvimento da equipe, reconhecemos que o processo de trabalho é contínuo, coletivo e organizacional, com ações que geram reflexões sobre a transformação da realidade, do trabalho e da saúde da população que aqui residem. Com o trabalho que já realizamos, intermediado pelo PlanificaSUS, identificamos que facilitou na linha norteadora do passo a passo das ações a serem construídas e realizadas pela equipe. Por fim, consideramos que o papel do ACS foi de extrema importância para consolidação das ações e serviços de saúde.

CONTINUA



Agente Comunitário de Saúde: PlanificaSUS nos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS).

Autora: Fernanda Raquel Pavanelo Sant'Ana.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Pontos fortes e desafios:

Podemos descrever que anterior a vinda do PlanificaSUS, apresentávamos incontáveis dificuldades para realização dos trabalhos, pois havia áreas descobertas, cadastros desatualizados, falta de alimentação de dados, gerando assim danos para um bom resultado no trabalho, principalmente nos processos de informatização.

Com início das capacitações dos tutores, pelos responsáveis do PlanificaSUS, conforme as etapas preestabelecidas pelo Projeto, foram sendo reorganizadas as formas de trabalho com a nossa equipe, assumindo um papel fundamental nesse processo o profissional ACS.

Resultados obtidos:

O processo de trabalho possui caráter fundamental para resultados positivos, juntamente com atuação dos profissionais. O agente comunitário de saúde tem um papel determinante na APS, sendo um membro da equipe essencial no desenvolvimento das ações. Através das etapas sendo executadas pelo PlanificaSUS, os resultados foram sendo obtidos, e outros em processo de construção.

O principal resultado que obtivemos, foi o comprometimento da equipe para acontecer os trabalhos, contendo o envolvimento de inúmeros profissionais, para que as pequenas ações como reorganizações das áreas, mapeamentos, cadastramento das famílias, fossem realizados.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 9ª RS.



Conhecer para Acolher - Classificação de Risco Individual e Familiar, Diagnóstico e Territorialização.

Autora: Flavia Iora Stock.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Franciane Muraro e Caroline Valverde Diniz Boechat.

Como ocorreu a experiência?

Com o avanço da pandemia Covid-19, a Unidade Básica de Saúde Central do Município de Matelândia passou a ser sentinela para sintomáticos respiratórios por quase dois anos e durante esse período perdemos todo o vínculo com nossos pacientes.

Precisávamos de uma ferramenta que nos ajudasse a identificar e sinalizar nossas famílias, pois além de retomarmos as atividades, agendas programadas, plano de cuidado, lidar com a rotatividade dos profissionais, necessitávamos re-conhecer o território. Iniciamos a partir dessa demanda o rastreamento da nossa população.

Avaliamos indivíduo por indivíduo, bem como questões sociais, econômicas, culturais, demográficas, situação de saúde, modelos de família e qualquer outra informação que julgamos pertinentes. Criamos a partir desse pensamento, nossa própria tabela de classificação de risco ESCALA DE BERGUEL, elencamos 50 condições/agravs e pontuamos de acordo com a gravidade, importância e necessidade no contexto dessa classificação.

Quando ocorreu?

Iniciamos a captação dos dados em outubro de 2020. Após os dados coletados, criamos uma tabela em excel e classificamos as famílias de acordo com a ESCALA DE BERGUEL. Cada família no final, recebe um pontuação equivalente ao risco que possui, ficando sinalizada na tabela: quanto mais verde, menor o risco; quanto mais vermelho, maior o risco. Após criamos um escore de periodicidade de visitas domiciliares que direcionará os atendimentos domiciliares da equipe multiprofissional.

Pontos fortes e desafios:

A partir de fevereiro de 2021, com todo o território classificado, iniciamos o projeto de territorialização da área. Diagnosticamos o diferencial de ser uma unidade que acolhe a maior proporção de idosos do município e podemos criar estratégias.

Identificamos as localidades onde os maiores escores foram pontuados e dividimos as microáreas das ACS's de acordo com o risco de forma proporcional. As famílias de risco são sinalizadas no mapa estratégico e toda a equipe tem responsabilidade sobre ela.

Resultados obtidos:

O principal intuito desse projeto, é realizar um diagnóstico do território e entender as demandas existentes, assim como as necessidades da população. É reconhecer as fragilidades e prevenir seus agravos. Nossa região foi contemplada com o PlanificaSus voltado a saúde do idoso, que coincidentemente foi a característica mais pontuada em todo esse processo.

Idosos que vivem só e/ou idosos que não apresentam suporte familiar necessário para seguimento de seus tratamentos e que demandam uma atenção, recursos e empenho gigantesco por parte da equipe. Vale lembrar que todo esse projeto inicia-se no acolhimento do indivíduo tanto no domicílio quanto na UBS, o olhar apurado para uma estratificação de risco individual adequada e o vínculo com os profissionais de saúde, possibilita a classificação familiar da forma como ela é de verdade, considerando todos os fatores que possam contribuir tanto para a saúde do indivíduo quanto para o prejuízo dela.



Foto: Premiação da experiência do município de Matelândia, com representantes da 9ª Regional de Saúde, diretora Maria Goretti David Lopes, o Secretário de Estado Beto Preto, e representante do Hospital Albert Einstein Priscila Rabelo.



Adaptação da Planilha de Registro Coletivo da estratificação das Linhas de Cuidado: Instrumento de Gestão na APS.

Autora: Greice Daniele Goerck.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão e equipe da unidade laboratório.

Como ocorreu a experiência?

No registro coletivo para estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, foram acrescentadas à planilha informações referente a data de realização da consulta e da próxima a ser realizada com intervalo de seis meses, e especificamente ao paciente diabético se houve solicitação de exame de hemoglobina glicada (HbA1C).

Na estratificação de risco da gestante acrescentadas informações relevantes ao atendimento do pré-natal, como a Data da Última Menstruação (DUM), Data Provável do Parto (DPP), idade gestacional na abertura do pré-natal, data do atendimento odontológico e realização dos testes rápidos de rastreamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).

Estratificação de risco da criança, acrescentado o acompanhamento de puericultura conforme preconiza a linha de cuidado materno infantil até dois anos de idade. Acrescentado Saúde da Mulher, identificando-as nominalmente para rastreio do exame citopatológico. As estratificações do idoso e saúde mental não tiveram alterações.

Quando ocorreu?

Com a retomada das atividades na Atenção Primária à Saúde (APS) após a pandemia Covid-19, observou-se a dificuldade de retomada das atividades de estratificação de risco dos usuários pelas equipes de saúde. A partir da adesão ao programa PlanificaSus em dezembro de 2021, fez-se necessário de reorganização dos serviços da APS, sendo esta protagonista do cuidado à população, porém este trabalho foi iniciado em fevereiro de 2022 e perpetua até os dias atuais.

Pontos fortes e desafios:

Com a retomada das estratificações de riscos dos grupos prioritários foi possível realizar a identificação das subpopulações nos territórios, possibilitando o cuidado com as condições crônicas realizando o acompanhamento, monitoramento e plano de cuidados.

Com isso foi necessário uma readaptação das atividades diárias da equipe, como mudanças no formato do agendamento e tempo das consultas. As vistas domiciliares das ACS, tornam-se mais frequentes facilitando o acesso e cuidado do paciente.

Resultados obtidos:

Territorialização com a identificação das subpopulações de risco, identificação dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, compartilhamento do cuidado com a AAE. Acompanhamento das crianças, garantia da imunização através da promoção de boas práticas na cobertura vacinal e redução da mortalidade infantil. Acompanhamento da gestante com garantia da realização de todos os exames preconizados pela linha guia materno infantil nos três trimestres de gestação conforme estratificação de risco e acompanhamento do pré-natal odontológico.

Identificação dos idosos com risco de fragilidade, dando prioridade na realização das visitas e aplicação do plano de cuidados. Pacientes com transtornos mentais que fazem uso de medicação psicotrópica ou uso de álcool e/ou drogas identificadas, cadastrados e vinculação ao "Grupo de Apoio Revivendo" implantado no segundo semestre de 2022. Acompanhamento das mulheres para exame citopatológico, através de monitoramento do próximo exame.



Hidroginástica e a melhora na qualidade de vida!

Autora: Flavia Iora Stock.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Marineusa Poggere Carboni, Karina Zanescio Longo, Caroline Valverde Diniz Boechat, Eduardo Minatti, Fernanda Augusta Bruschi, Jaiane Luiza Jascowiak, Angela Faletti.

Como ocorreu a experiência?

No ano de 2019, antes de iniciar a pandemia da Covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia registrava junto ao Setor de Agendamento, uma demanda de 900 pacientes na fila por atendimento de ortopedia, destas cerca 80% vinculadas a dores crônicas e nas articulações com uso excessivo de medicação e aliados ao sobrepeso, o que representa uma taxa de aproximadamente 5% de nossa população.

Resultados obtidos:

É importante que se diga, que a qualidade de vida está diretamente ligada ao bem-estar físico, social e psicológico e existem várias formas de se manter uma boa qualidade de vida, porém a principal delas com certeza é a atividade física. A hidroginástica é um ótimo exercício para todas as idades, pois a água evita impacto nas articulações e ao mesmo tempo proporciona condicionamento físico geral, fortalecimento muscular e melhora da resistência cardiorrespiratória.

O exercício na piscina aquecida desafia todo o corpo de uma só vez por meio de uma ampla gama de movimentos que ajudam as articulações e ligamentos a se soltarem e se tornarem mais flexíveis. A água aquecida ainda promove combate ao estresse, proporciona alívio de dores e melhora da circulação sanguínea.

Quando ocorreu?

Desde o início do ano de 2021, a secretaria de saúde junto a colaboração da secretaria de esportes, vem desenvolvendo o trabalho de hidroginástica. É importante frisar que mesmo que o paciente se sinta inseguro, para entrar na água tem o auxílio da educadora física, e pode estar realizando uma atividade paralela fora da água, além da melhora na qualidade de vida, diminuindo principalmente dores articulares os encontros proporcionam trocas de experiência e melhora a convivência.

Pontos fortes e desafios:

No ano de 2019, antes de iniciar a pandemia da Covid-19, a Secretaria Municipal de Saúde de Matelândia registrava junto ao Setor de Agendamento, uma demanda de 900 pacientes na fila por atendimento de ortopedia, destas cerca 80% vinculadas a dores crônicas e nas articulações com uso excessivo de medicação e aliados ao sobrepeso, o que representa uma taxa de aproximadamente 5% de nossa população. Embora houvesse Educador Físico junto as Unidades Básicas de Saúde(UBS), a taxa de adesão nas atividades era relativamente baixa, focando-se basicamente nos encontros de mulheres realizados semanalmente através das Rodas de Conversa e não abrangendo uma quantidade significativa da população.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 9ª RS.



O PlanificaSUS e a integração das equipes na retomada do trabalho na Atenção Primária em Saúde.

Autora: Renata Aléssio.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Coordenação da Atenção Primária em Saúde, Gestão e membros das equipes das Unidades Básicas em Saúde do município de Medianeira.

Como ocorreu a experiência?

Com a diminuição dos casos de COVID-19 e uma epidemia de Dengue sob controle, a Atenção Primária em Saúde pode enfim retomar as atividades que até então acabaram sendo deixadas de lado. As equipes estavam exaustas e perdidas, precisando de um norte para recomeçar e o planifica SUS apareceu em um momento oportuno com oficinas em educação permanente sobre a territorialização, identificação das subpopulações e reorganização dos serviços de saúde para aprimorar o cuidado à população.

Essa metodologia contempla a escolha de apenas uma equipe para que seja a Unidade Laboratório, porém, a Coordenadora da APS e também tutora do município de Medianeira, com apoio da Secretária de Saúde optou em aplicar as atividades das oficinas em todas as Unidades.

Em reuniões semanais com todos os enfermeiros coordenadores das UBS foi apresentada a tarefa solicitada pelo PlanificaSUS para a unidade laboratório, adaptada às outras equipes, discutido como realizar, estipulado prazos e a tutora esteve a disposição das equipes para auxiliar nesta fase de identificação do diagnóstico situacional.

Quando ocorreu?

A experiência ocorreu no primeiro semestre do ano de 2022, mais precisamente no mês de maio a junho, em paralelo às oficinas do PlanificaSUS. A apresentação municipal, onde cada equipe apresentou sua Unidade, seus servidores, seu diagnóstico situacional, pontos fortes, fracos e seu plano de ação para as demais equipes e para a gestão aconteceu nos dias 20 e 28 de julho de 2022. Desde então esta ação permanece, sendo discutida e monitorada semanalmente nas reuniões com os coordenadores.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes:

- Todas as equipes aderiram prontamente;
- Entendimento da importância da territorialização como base do processo de trabalho para toda a equipe;
- Fortalecimento de recursos humanos nas equipes;
- Terceirização das recepções nas UBS;
- Descentralização do setor de agendamento, possibilitando a comunicação entre atenção primária e especializada;
- Carros para os atendimentos domiciliares, facilitando a estratificação;
- Identificação de melhorias proporcionadas pela gestão;

Desafios:

- Necessidade de melhorias na estrutura física, de recursos humanos e de instrumentos de trabalho;
- Estratificação das subpopulações por outros membros das equipes além do enfermeiro.

Resultados obtidos:

- Oportunizou o diagnóstico situacional de cada território e sua importância para reorganizar o processo de trabalho e poder buscar junto à gestão, suporte à demanda reprimida; Norteou a retomada das atividades que devem acontecer na APS;
- Algumas equipes não conheciam realmente seu território enquanto outras estavam mais avançadas; Micro áreas atualizadas;
- Os usuários que chegam nas UBS são encaminhados para atualização cadastral;
- Aproximação da coordenação da APS e coordenadores das UBS, bem como os membros das equipes entre si, através de reuniões semanais; As equipes puderam identificar pontos fracos, fortes e de melhorias;
- Coordenadores juntos discutindo como e de que forma alcançar melhores resultados;
- Compartilhamento de ações exitosas entre as equipes; A educação permanente foi fortalecida com capacitações às equipes em relação ao sistema próprio de informações, sistemas do Ministério da Saúde, atualização de cadastros com qualidade, lançamento correto das informações no sistema, busca e interpretação dos dados através dos relatórios;
- Identificação do que pode ser melhorado para o desempenho das atividades básicas dentro da APS tanto na estrutura física, estrutura de recursos humanos e de informática; Refletindo positivamente nos resultados dos indicadores do Previnde Brasil; Compreensão de que é um trabalho diário, contínuo e de responsabilidade de todos dentro da equipe e da Atenção Primária em Saúde.



Um novo olhar para as filas da Atenção Ambulatorial Especializada.

Autora: Jéssica Cristine Santana Moraes.
Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Jéssica Cristine S. Moraes – Gestão; Brenda Sobreira Fernandes – Gestão; Liceia Nepumuceno P. da Cruz – Assistência; Usuários no geral das filas reprimidas para consulta no CEM.

Quando ocorreu?

A experiência em si vem sendo desenvolvida desde de agosto de 2022, até os dias atuais.

Como ocorreu a experiência?

A ideia da ação foi resultado da participação no decorrer dos Workshops apresentados e trazidos pelo Planifica-SUS. Considerando a necessidade da otimização das filas de espera, andamento e mais agilidade nos agendamentos, diminuindo a espera dos usuários para realização da primeira consulta com os especialistas aos quais foram encaminhados. Considerando que a população no geral foi muito afetada durante a pandemia, houve diminuição da oferta de vagas devido às medidas restritas exigidas durante a pandemia. A equipe da AAE criou algumas medidas para agilizar o andamento da fila de espera, onde muitas especialidades foram afetadas, como por exemplo, a fila de Ortopedia, chegando a quase 8 000 mil usuários na fila de espera para primeira consulta. Outras filas de espera com maior demanda são as de Gastroenterologia, Endocrinologia, Urologia, entre outras. Neste sentido, foi identificado o maior número de oferta de vagas de retorno, em relação a primeira consulta, pacientes que buscam retorno frequente para renovação de receitas e que fazem acompanhamento há anos com o especialista, identificados como paciente de efeito “velcro”, observado falha no aproveitamento adequado dos consultórios, sempre sem salas disponíveis, cobrança aos especialistas no aproveitamento das consultas, conforme contrato. Filtro na marcação de retorno, vendo a necessidade e o motivo do agendamento do usuário.

Pontos fortes e desafios:

As medidas tomadas para diminuição e otimização das filas de espera da AAE, apresenta diversos pontos positivos, como o aumento do número de vagas de 1º consulta que ficaram em 70% das vagas e diminuição dos retornos que são de 30%, realizado nova escala de distribuição de especialistas nos consultórios, possibilitou mais disponibilidade de consultório e aproveitamento do mesmo no horário integral, a orientação e filtro nos agendamentos de retorno, fez com que o paciente pudesse entender o fluxo da AAE e APS. Os desafios que encontramos é a resistência do usuário à marcação de retorno principalmente, de muitas vezes pensar que o especialista é o seu médico para renovar receita e não o médico da APS.

Resultados obtidos:

As mudanças dos serviços da AAE ocorrem muitas vezes de forma lenta, pois muitas das ações implementadas requer certo tempo para mostrar os resultados esperados, porém no decorrer desses 3 meses podemos analisar que a fila de espera vem diminuindo aos poucos, citando o exemplo anterior, atualmente a fila de espera para 1º consulta com Ortopedista está em aproximadamente 6 700 pacientes, sendo observado uma diminuição de 1300 pacientes em relação a início do mês de agosto. Outro resultado obtido é o seguimento da maior oferta de 1º consulta e diminuição dos retornos, onde a equipe tem se adaptado a nova proposta de forma positiva, facilitando quanto à orientação ao usuário.

Outro resultado obtido observado é a melhoria da distribuição dos consultórios, onde foi criada nova escala, sendo melhor distribuídos os especialistas, obtendo mais consultórios e podendo credenciar novos especialistas, como também abertura de mais dias para os especialistas que faltavam sempre cumprir o número de vagas do qual foi contratado, pela falta de disponibilidade de consultório. Vale ressaltar ainda a diminuição do absenteísmo, que vem diminuindo gradativamente.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 9ª RS.



Instrumento de monitoramento de dados para a gestão do cuidado na perspectiva do PlanificaSUS/Previne Brasil.

Autor principal: Steven Manuell Cruz Gonzalez

Co-autores: Regina Maria Gonçalves Dias; Eloísa Garcia de Andrade Fante; Cristiane Padilha da Rocha; Delia Verónica Benitez Silvero; Analucia Da'Campo Costa; Cristóbal Arturo de Jesús Cintolesi Carvalho; Mathias Mesquita Ramos; Giuliana Paula Ribeiro de Souza; Wylliam Magalhães Lopatiuk e Luciano Martins dos Santos. Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gerente da USF; Agentes Comunitários de Saúde; preceptora e alunos do internato do curso de Medicina; residente multiprofissional em Saúde da Família da Enfermagem; Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem e Médicos das equipes de Saúde da Família; Odontólogos; Técnicos de Saúde Bucal e Farmacêutica

Como ocorreu a experiência?

A organização das informações de hipertensos, diabéticos e idosos, contribui significativamente para a otimização do processo de trabalho das equipes da ESF. Atende ao PlanificaSUS e a 2 indicadores de saúde do Previne Brasil. Para a sistematização e processamento dos dados foi construído de forma multiprofissional com integração ensino-serviço, uma planilha em Microsoft Excel online. As informações foram obtidas dos registros do prontuário digital e fichas de cadastro individual do e-SUS.

A planilha consta de 19 colunas com as seguintes informações: nome completo, comorbidades (HAS, DM ou ambos), data de nascimento, idade, risco do idoso (IVCF-20), condições clínicas (acamado/PNE), 1ª, 2ª, 3ª e 4ª dose da vacina do COVID, data da última dose da vacina do COVID, vacina da influenza do ano em curso, vacina pneumo 13 e 23, data da aferição da PA na USF durante o 1º e 2º semestre do ano, data do último pedido de hemoglobina glicada, data/mês da próxima consulta/busca e observações. As planilhas foram individualizadas para cada microárea de cada equipe de saúde da unidade, sendo inseridas em abas diferentes no documento de Excel.

Quando ocorreu?

A construção coletiva da planilha em Excel on line, com dados de hipertensos, diabéticos e idosos foi construída a partir de 2021 com as necessidades surgidas pelo Previne Brasil e aperfeiçoada com a adesão da USF São Roque, Foz do Iguaçu-PR ao PlanificaSUS em março de 2022. As equipes de saúde perceberam a necessidade de organizar, disponibilizar e integrar os dados para efetivar as ações de monitoramento do cuidado deste público-alvo sugeridos pelo PlanificaSUS e para alcançar melhores indicadores do Previne Brasil.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: vigilância na busca ativa de usuários faltosos/com necessidade urgente de acompanhamento e disponibilizar dados aos profissionais para o planejamento de ações de saúde em tempo oportuno.

Desafios: atualização e qualificação do banco de dados; uso da planilha em prontuário eletrônico para emissão de relatórios automatizados em tempo real à produção e convencimento dos gestores municipais e estaduais para a qualificação dos programas informatizados de forma integrada com a vigilância em saúde a fim de aperfeiçoar o processo de trabalho no contexto da APS.

Resultados obtidos:

A utilização da planilha apontou para a necessidade do registro adequado, colaborativo e multiprofissional dos dados dos pacientes, além da atualização regular dessas informações, sendo um instrumento de fácil e confiável acesso para o acompanhamento dos usuários. É essencial dar continuidade ao processo, principalmente para a inserção de novos usuários e para o alinhamento de ações que otimizem o monitoramento desta população.

Podemos afirmar que através de um recurso digital, de custo praticamente nulo e de fácil acesso, as informações do usuário podem ser facilmente registradas, atualizadas e consultadas por todos os profissionais da equipe, envolvidos no cuidado desse grupo de usuários. O registro em planilha compartilhada com a equipe, otimiza a promoção de ações interprofissionais, proporciona a oferta de cuidados prestados em tempo oportuno e viabiliza melhoria dos indicadores de saúde, diminuindo a taxa de morbimortalidade, levando a avanços em termos de qualidade em saúde dos indivíduos monitorados.



Resultados atingidos a partir do geoprocessamento e desenvolvimento do mapa do território de atuação da Unidade Básica de Saúde Santa Rita.

Autora: Barbara Marca Scapini
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestor, tutor, 10ª regional de saúde, funcionários da unidade de saúde laboratório.

Como ocorreu a experiência?

Etapa 1

- Melhor integração da APS com a AAE;
- Melhor entendimento sobre a RAS, MACC e AAE através do workshop 1;

etapa 2

- Realizado atualização e cadastro da população adscrita;
- Atualização e identificação dos pacientes crônicos (hipertensos, diabéticos, saúde mental, gestantes, crianças, estratificação do risco familiar 100%);
- Vacinação é acompanhada rigorosamente pela equipe da unidade laboratório.

Etapa 3

- A unidade de saúde possui prontuário eletrônico bem desenvolvido.
- Os pacientes são recepcionados conforme livre demanda pela equipe;
- Os encaminhamentos para a AAE são realizados de acordo com a necessidade do paciente, tendo um bom relacionamento com o setor de agendamento do município e o setor de agendamentos da AAE.

Etapa 4

- A estratificação de risco oportunizou a dar equidade ao paciente;
- A estratificação de risco da linha guia saúde mental esta sendo desenvolvida pela unidade de saúde através do médico e psicóloga e repassado aos agentes comunitários de saúde para identificação no mapa inteligente;
- Estratificação e classificação de risco de 100% da base populacional, sendo que o que: diabéticos 96% estão estratificados e acompanhados, os hipertensos estão estratificados e acompanhados 84%, as crianças de 0 a 2 anos estão somente acompanhadas porém não estratificadas. A unidade estipulou como meta estratificar e acompanhar 100% dos idosos e crianças para o primeiro trimestre de 2023; estratificar 100% da linha guia a partir do Planifica-SUS que é a saúde mental (já iniciada).
- Em relação a higiene, limpeza, resíduos a unidade se encontra 100 % adequada.

Quando ocorreu?

As atividades do geoprocessamento da unidade laboratório vem sendo desenvolvida desde o ano de 2015 através da implantação das novas unidades de saúde da família e intensificado com o selo bronze em 2016 e ate hoje é atualizado sempre que necessário.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes:

1. união, iniciativa e pro atividade da equipe;
2. adesão/participação por parte dos pacientes;
3. capacidade de mediar e resolver conflitos;
4. apoio da gestão municipal e regional de saúde através das capacitações ofertadas pela 10ª regional de saúde;

Desafios:

1. aplicar o plano de cuidado do paciente estratificado;
2. dificuldade no acesso a algumas especialidades, lista de espera (nefroplogista, endocrinologista, vascular, neuropediatria).
3. planejar e aplicar ações de saúde entre a equipe e usuários;
4. analisar a resolutividade da unidade de saúde no contexto de estratégia saúde da família.

Resultados obtidos:

A partir do PlanificaSUS obtivemos os seguintes resultados:

1. melhoria do acesso, e entre APS e AAE;
2. melhoria entre a demanda espontânea e a demanda agendada, sendo que a demanda agendada na unidade é somente para gestantes e odontologia;
3. melhoria na organização do processo de trabalho;
4. aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas e monitoramento das mesmas;
5. empreendimento de análises e comparações com a ras;
6. adequamos a unidade básica de saúde em questão de internet, computadores;
7. reunião de equipe para planejamento de ações com a equipe, o que é fundamental para obtenção de resolutividade;
8. por fim, através do planifica-sus além de permitir uma visão humanizada do usuário e uma linha norteadora, torna inerente seu contexto social e familiar. esta ideia permite integrar ações promocionais, preventivas e curativas como fundamentais e indissociáveis. além disso na unidade foi realizado pesquisa de satisfação do usuário (percepção do serviço prestado) e percebemos que a qualidade do serviço prestado esta classificado como ótimo.





Acolhimento com classificação de risco: organizando a porta de entrada da UBS.

Autora: Laís Cristina da Silva.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão e equipe multiprofissional atuante na unidade de saúde.

Como ocorreu a experiência?

Após a análise de hiperutilizadores, balanço de atendimentos, taxa de utilização bem como taxa de absenteísmo, verificou-se a necessidade de adequação no fluxo de atendimento dos usuários, principalmente no que diz respeito ao acolhimento e classificação de risco da demanda.

Em setembro de 2022, os horários de agendamento e livre demanda foram modificados, sendo que no primeiro horário de cada período o profissional médico passou a atender consultas eletivas e de rotina agendadas com disponibilização de horários para atendimento às demandas agudas intercalados à agendamento no decorrer do dia.

Paralelamente, o profissional enfermeiro acolhe todos os usuários que chegam à unidade, independente de sua queixa. Após a consulta de enfermagem o paciente é encaminhado ao atendimento que melhor se encaixa a sua demanda: consulta médica no dia ou agendada, odontologia, ou muitas das vezes o enfermeiro resolve a demanda sem necessidade de encaminhamento para outro profissional.

Quando ocorreu?

A análise situacional da unidade vem sendo realizada desde março de 2022 e em setembro de 2022 deu-se início às mudanças na prática da rotina.

Pontos fortes e desafios:

A partir da mudança, foi possível organizar o acesso do usuário conforme a necessidade que o mesmo apresenta, sendo que muitas das vezes o paciente procurava a unidade para agendar um atendimento que deveria acontecer no mesmo dia, no entanto não ocorria pois na recepção o mesmo não tinha a oportunidade de expor sua queixa de maneira adequada.

A assistência médico centrada é uma questão cultural intrínseca à população, é ainda um desafio a ser superado. Muitos usuários resistem em consultar com o profissional enfermeiro, por acreditarem que apenas o médico pode atender sua demanda, fato que desequilibra a carga de trabalho entre os profissionais da equipe.

Resultados obtidos:

A rotina de atendimentos na unidade Ecléa Wolf era médico centrada com grande número de reclamações por parte dos usuários que tinham dificuldade em conseguir atendimento com o profissional em questão, haja visto que o tempo médio de espera para agendamento era de 30 dias.

Havia muitas queixas em torno das demandas administrativas, bem como pelo fato de os usuários irem muito cedo à unidade na crença de que assim teriam mais chances de serem atendidos. Após as mudanças o tempo médio de espera para consulta médica eletiva e de rotina caiu para 8 dias.

A unidade ficou menos tumultuada, no que diz respeito ao acúmulo de usuários no interior da mesma, aguardando por algum tipo de atendimento. A equipe sente-se menos sobrecarregada e satisfeita por conseguir atender a demanda do usuário conforme sua real necessidade. Os usuários relatam satisfação de um modo geral com relação às novas rotinas estabelecidas na unidade.



Projeto: Gerando Amor

Autora: Franciele Gonzales Lopes Tanaka.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

APS, Gestão, usuários, 20ª RS.

Como ocorreu a experiência?

Ao iniciar o PLANIFICASUS, foi solicitado a realização da estratificação das famílias. Ao estratificar e avaliar os resultados obtidos, surgiu um olhar especial aos pacientes mais vulneráveis sobretudo as famílias que possuem pacientes com a condição de sofrimento mental. Pesquisas estimam que até 50% das pessoas sofrem com algum tipo de transtorno depressivo.

Quem sofre de depressão, tem de lidar com o preconceito e o estigma que lhes cerca, muitas vezes o paciente não aceita sua condição, em outras não consegue "se abrir" e ainda tem os que sentem que sua voz não é ouvida. Este estigma ocorre dentro de casa, com familiares, no trabalho com colegas e até mesmo dentro das repartições de SAÚDE.

A partir destes dados a equipe pensou em criar um grupo para acolhimento destes usuários. Um grupo que não recebesse como título "grupo de saúde mental" e sim um grupo que poderia amparar, acolher e ESCUTAR cada paciente, sua vivência, seus medos, desafios e ainda receber informações sobre saúde e a aplicação da arte terapia. Este grupo foi denominado como "Grupo Gerando amor".

Quando ocorreu?

O grupo foi idealizado com a introdução do PlanificaSUS, na etapa de territorialização. E teve seu primeiro encontro em 29/06/2022. Sendo estipulado um cronograma de encontros mensais, com temas de orientação/roda de conversa multiprofissional (psicólogo, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, etc) e a utilização da arte terapia (Recortes, pinturas, confecção de esculturas, etc) como propriedade curativa.

Pontos fortes e desafios:

Pontos Fortes: 1. Fidelidade dos participantes, que retornam todo mês e nos dão o feedback positivo. 2. Liberdade e segurança adquirida para falar em grupo sobre seus problemas. 3. Com a arte terapia os pacientes interagem, se alegram, se divertem e desenvolvem sua criatividade e habilidades. 4. Diminuição de consultas médicas solicitadas por estes pacientes. 5. Observou-se que no primeiro encontro tivemos 1 participante e posteriormente este número foi aumentando, hoje em média 10 pessoas participam do grupo e já conseguem falar sobre suas vivências. 6. Descentralização do médico/enfermeiro na ESF, o grupo foi pensado e desenvolvido pelos ACS.

Desafios: 1. Adesão: Os usuários do território ainda tem dificuldades de aceitar a sua situação de saúde e de falar abertamente sobre o assunto. 2. Cooperação da própria equipe em entender a importância do grupo e que não deve-se desistir de identificar e convidar quem precisa.

Resultados obtidos:

Observou-se a mudança de comportamento de alguns pacientes participantes, que relatam ter menos crises ou quando as têm conseguem lidar melhor com as situações. Os participantes do grupo também já relataram melhora dos relacionamentos intra-familiares, aceitação da sua condição e conseguem falar, pois sabem que naquele momento serão escutados sem julgamentos. A equipe conseguiu identificar e direcionar ao grupo os pacientes hiperutilizadores da ESF. As demais equipes do município conheceram o projeto e, direcionaram pacientes de suas áreas para participação.



Impactos positivos na implantação do acolhimento na ESF Panorama através do PlanificaSUS.

Autora: Aline Regina Patrício.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Médicos, equipe de enfermagem, gerente, agente comunitário de saúde, gestão, usuários, regional de saúde, administrativos, serviços gerais.

Como ocorreu a experiência?

O primeiro contato do usuário/família com o profissional de saúde acontece desde a sua entrada na unidade de saúde. Sendo assim, observa-se que a realização de um acolhimento bem estruturado, pautado na recepção técnica e qualificada dos usuários influencia positivamente no seu atendimento subsequente, otimizando os macro e microprocessos, tendo interferência direta nos microsistemas clínicos e cumprindo direta e indiretamente as etapas propostas no PlanificaSUS.

O trabalho objetivou a criação de rotinas relacionadas ao acolhimento da demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde. Dessa forma, em consonância ao relatado anteriormente, foram definidos fluxos que respeitam protocolos pré-estabelecidos, norteando os passos a serem seguidos pelos profissionais responsáveis por esse acolhimento, assim como o papel de cada um deles, impactando no direcionamento do usuário ao atendimento mais adequado dentro da unidade a partir do momento de sua entrada, resultando finalmente em maior eficiência do serviço.

Quando ocorreu?

Foi desenvolvida a partir da criação de um Procedimento Operacional Padrão, que normatizava e guiava os profissionais em relação ao acolhimento. Estando em andamento desde julho de 2022, tendo duração de três meses, envolvendo a capacitação desses profissionais para a realização do atendimento e a adequação desse processo na referida Unidade de Saúde.

Pontos fortes e desafios:

A experiência tem como principais pontos positivos a maior eficiência do serviço, melhor satisfação do usuário e maior vínculo deste à equipe, bem como maior resolutividade. Entre os maiores desafios encontram-se a aceitação da população e resistência da equipe técnica à essa nova abordagem e a disponibilidade de espaço físico exclusivo para o acolhimento em função do grande volume de atendimentos dessa unidade de saúde.

Resultados obtidos:

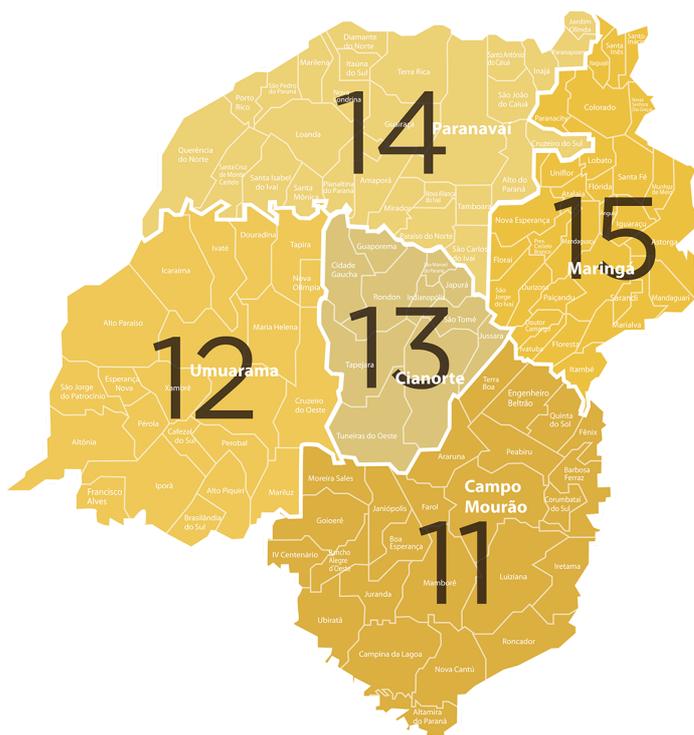
Os atendimentos ocorriam conforme disponibilidade de vagas por profissional em seu território definido, as vagas de demanda espontânea eram ofertadas aos primeiros que estivessem na fila iniciada nas madrugadas, os demais eram dispensados sem qualquer acolhimento, ocasionando conflitos entre usuários e equipe, estes muitas vezes eram ineficazes, quando observamos o período pandêmico e pós-pandêmico, onde a procura por atendimentos de demanda espontânea aumentaram exponencialmente.

Após a implementação do acolhimento houve uma melhora na gestão das necessidades de saúde da população, o trabalho fluiu de forma mais tranquila, as responsabilidades são melhores definidas. Dessa forma, consideramos esta mudança extremamente positiva, pautados nos princípios do planifica SUS, influenciando-se no bem estar da população adstrita pela unidade e melhorando a relação da população com o serviço de saúde. Houve a conscientização dos usuários quanto a este novo dimensionamento, que a partir desta reorganização extinguiu-se a procura da unidade nas madrugadas, pois todos possuem o acolhimento garantido.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 20ª RS.

Experiências Macrorregião Noroeste



10 experiências



Engenheiro Beltrão

11ª Região de Saúde
Macrorregião Noroeste



Vacinação: estratégias para o aumento da cobertura vacinal no território de abrangência da UBS Castelo Branco.

Autora: Juliana Cristina de Lima.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Profissionais da assistência, em especial a equipe da ESF Castelo Branco (ACS, enfermeiro, técnicos de enfermagem), gestão e vigilância epidemiológica.

Como ocorreu a experiência?

Recadastramento e atualização dos cadastros individuais de todas as crianças da área de abrangência da unidade, orientando os responsáveis sobre a importância do CPF; Levantamento da atual cobertura vacinal (cálculo das coberturas e indicadores do PREVINE BRASIL); Identificação de problemas: auditoria da situação vacinal, em especial das crianças. A auditoria foi realizada por meio da confecção do cartão espelho da criança e análise dos registros das doses no sistema de informação; Treinamento com a equipe, principalmente ACS e técnico em sala de vacina, sobre a importância do cadastro correto e completo, e como lançar o registro de forma adequada no sistema de informação; Conscientização da população por meio de busca ativa de faltosos (escolas, creches, domicílios); Realização de vacinação nos Centros de Educação infantil.

Quando ocorreu?

A busca ativa das carteirinhas de vacinação iniciaram no mês de maio de 2022, confeccionando a partir de então o cartão espelho de todas as crianças menores de 2 anos de idade. A revisão e atualização dos apzamentos na sala de vacina iniciaram no mês de maio também, e são atualizados semanalmente.

Pontos fortes e desafios:

Potencialidades: apoio da equipe gestora; pro atividade da equipe da ESF Castelo Branco, a qual se empenhou em identificar as falhas e buscar alternativas para melhoria da cobertura.

Desafios: Falta de conhecimento da população sobre a importância da imunização na prevenção de doenças; inabilidade de alguns profissionais no registro das doses no sistema informatizado.

Resultados obtidos:

- 1- Cadastramento de todas as crianças.
- 2- Retorno da utilização do cartão espelho pelos ACS e do apzamento na sala de vacina.
- 3- Aumento da cobertura vacinal, em especial do indicador 5 do PREVINE BRASIL, que subiu de 33% no primeiro quadrimestre, para 100% no 2 quadrimestre.



Foto: Premiação da experiência do município, com representantes da 11ª Regional de Saúde, diretora Maria Goretti David Lopes, o Secretário de Estado Beto Preto, e representante do Hospital Albert Einstein Priscila Rabelo.



Foto: Representantes do município de Engenheiro Beltrão.



Intensificação do cadastro na atenção primária. Uma experiência positiva na planificação no município de Terra Boa-PR

Autora: Cláudia Cristina de Paula.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Secretária Municipal de Saúde, Tutor e facilitador, funcionários da unidade básica de saúde vitrine e população adscrita.

Como ocorreu a experiência?

Este é um relato de experiência, elaborado no contexto do desenvolvimento das etapas da Atenção Primária à Saúde (APS) na execução do projeto PlanificaSUS, no município de Terra Boa - PR. Nossa experiência iniciou com os macroprocessos de territorialização e atualização cadastral da população adscrita da Unidade Básica de Saúde Salvador Bráulio Molina.

Esta UBS é localizada na periferia do município conta com uma população extremamente vulnerável e populosa. É composta por duas equipes de estratégia saúde da Família. A gestão da base populacional trouxe vários benefícios nesse cenário pós Covid -19 em virtude do resgate do vínculo com a população e diagnóstico situacional do território adscrito.

O primeiro workshop foi realizado em março do vigente ano e desde então houve a intensificação e qualificação das informações cadastrais individuais e familiares pelas agentes comunitárias de saúde diariamente nos sistemas de informações CADWEB e E-SUS.

Quando ocorreu?

As atividades de recadastramento da população adscrita iniciou após o workshop para Apresentar a decisão do município sobre o PlanificaSUS, o compromisso pelo fortalecimento da APS no município e a escolha da unidade como unidade-vitrine. Após a apresentação houve crescente envolvimento dos profissionais melhorando e subsidiando para as ações propostas. Dentre março a outubro do ano atual conseguiram realizar muitas atualizações cadastrais, não é possível mensurar quando esse processo terminará considerando que o território é dinâmico e sempre com inclusões e exclusões de pessoas e condições de saúde.

Pontos fortes e desafios:

Os maiores desafios para o recadastramento da população foram desligamento de profissionais da equipe, resistência pelos profissionais em recadastrar 100% da população, a ausência de pessoas no domicílio para responder os questionários dos ACS, condições climáticas, período chuvoso dificultando as visitas domiciliares, e ainda as inconsistências do sistema de informação.

Resultados obtidos:

A planificação trouxe os macroprocessos para a construção de uma atenção primária forte, nele está inserido o processo de Territorialização com Gestão da Base Populacional e objetivou refletir a transição do modelo de gestão da oferta para o modelo de gestão de saúde da população. Para a intensificação dos cadastros domiciliares e individuais, houve um comprometimento dos agentes comunitários de saúde para a realização diária de cadastros, aumento de computadores para o lançamento nos sistemas de informação e ainda acesso ao sistema do cartão Nacional de Saúde para a total atualização das informações e a diminuição de inconsistências. Como resultado obtivemos um total de 4157 cadastros atualizados, contabilizando as duas equipes de estratégia Saúde da Família que possuem 10 agentes comunitárias de saúde.



Diminuir a demanda de pacientes agudos no pronto atendimento, através de estratificação de risco, divisão da população e auto cuidado apoiado.

Autora: Ariane Rodrigues Ferreira.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:
Gestão e equipe.

Como ocorreu a experiência?

A linha de cuidado prioritária são os crônicos, trabalhamos a estratégia para identificar nossa população alvo dos crônicos, dividimos o grupo já cadastrado para ser estratificado em seis meses, as enfermeiras solicitam o exame e o agente comunitário de saúde leva o pedido para o paciente para que o mesmo vá até o laboratório e colete, a enfermagem retira o resultado e passa para a avaliação médica os pacientes que precisam de medicação a consulta já é agendada pelo agente de saúde na data que fica melhor para o paciente, caso contrario o paciente é orientado e passa apenas pela enfermagem.

Desta forma conseguimos identificar toda nossa população cadastrada como hipertenso até dezembro. a partir de janeiro de 2023 iniciaremos o processo de rastreio na população maior de 20 anos para identificar possíveis condições em pacientes sintomáticos para assim prevenir uma evolução para uma condição aguda.

Resultados obtidos:

No inicio do planifica nos tínhamos uma media de 28 % de pacientes hipertenso estratificados, hoje já conseguimos alcançar 60 % e a meta até dezembro é de 100%, e no diabético saímos de um percentual de 4% para 100% da população estratificada. o que para nos é um grande avanço pois hoje conseguimos compartilhar com a atenção especializada nossos pacientes crônicos o que antes não ocorria, diminuimos a fila do medico especializado, pois quando conhecemos a condição de risco do paciente eu posso trata-lo na atenção primaria, e diminuimos a demanda no pronto atendimento em pacientes com problemas cardiovascular, pois o paciente que apresenta sinais de necessidade é encaminhado ao médico antes de entrar numa condição aguda. Dessa forma entendemos que estamos num processo de reeducação dos nossos pacientes, estamos com um contato mais permanente com os mesmo e assim diminuindo risco e encaminhamento para hospitalização desses pacientes.

Quando ocorreu?

Esta ocorrendo no período de junho a dezembro, na estratificação de risco dos pacientes pré estabelecidos com condições crônicas em nosso sistema próprio, após esta etapa programamos o rastreio de toda população maior de 20 anos para trabalharmos ações de promoção e prevenção a saúde que é nosso papel enquanto atenção básica.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: diminuir a demanda agudizada na unidade e trazer o paciente a consciencialização do auto cuidado e de seu papel na atenção a saúde, diminuindo riscos e trazendo qualidade de vida a população, trazer o paciente para perto do APS e diminuir as barreiras encontradas pois nos dias atuais ainda encontramos pessoas que não procuram por medo do que pode encontrar de doenças, muitas vezes agravando para um quadro mais agudo.

Os desafios são muitos e começa pela equipe precisamos que equipe como um todo acredite e divulgue as informações e oriente esses pacientes, em contrapartida ainda existe resistência do próprio paciente enquanto não tem sintomas físicos, acredita estar com a saúde em dia, o que pode ser um mito as vezes quando tratamos de doenças silenciosas.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 11ª RS.



Parceria com Líderes de Bairro: Uma nova perspectiva para capacitação de famílias adstritas a ESF.

Autora: Samila Bellato Máximo e Bruna Diana Alves.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, Assistência, líderes de bairro, usuários.

Quando ocorreu?

A experiência vem ocorrendo de forma contínua com início em julho de 2022.

Como ocorreu a experiência?

Inicialmente foram realizadas capacitações com os tutores e os funcionários da equipe vitrine, onde os mesmos discutiram sobre as maiores dificuldades encontradas na realização de aceitação para expansão dos cadastros as famílias economicamente ativa da área abrangência. Diante das dificuldades elencadas com a equipe, foram realizados encontros com os líderes de bairro para esclarecer sobre os serviços ofertados pela Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, afim de mobilizar os mesmos no auxílio do contato com os moradores, informando sobre a importância do cadastro familiar e acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde para a promoção e prevenção da saúde dos moradores da área cadastrada. Após esse vínculo foram realizados múltiplos de cadastramento dessas famílias em horários diferenciados e dias alternados o que possibilitou uma grande adesão da comunidade, melhorando os percentuais de cobertura da Estratégia Saúde da Família em 97%.

Pontos fortes e desafios:

Os principais desafios encontrados foram a dificuldades de cadastramento familiar para população economicamente ativa, e aceitação da população não vulnerável. Já os pontos fortes foram a aceitação dos líderes de bairro em contribuir com a equipe na divulgação da oferta de serviços e a posterior aceitação da população. Além da importância relacionada a motivação da equipe em trabalhar em horários diferenciados da jornada de trabalho para alcançar maior número de famílias.

Resultados obtidos:

Como resultado desta experiência exitosa temos um aumento na porcentagem de pessoas cadastradas, conseguindo alcançar 97% da população total da área de abrangência, possibilitando aumentar o número de serviços ofertados a esta população pela Unidade de Saúde.



Foto: Premiação da experiência de Campo Mourão, com representantes do município e da 11ªRS, diretora Maria Goretti David Lopes e o Secretário de Estado Beto Preto.



Conhecer a população adstrita para programação do atendimento.

Autora: Camila Coiado Orcelli.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Wislainne Tenca e Vania Mitiko Misawa da Silva.

Como ocorreu a experiência?

Com o início do PlanificaSUS, fez-se necessário intensificar as reuniões de equipe, a fim de esclarecer e abordar, primeiramente sobre o cadastro territorial, visto que nosso município tem 100% de cobertura da ESF, com uma população adstrita hoje de 3614 usuários na ESF ingressa no PlanificaSUS. O primeiro passo então foi verificar e atualizar os cadastros dos usuários, para verificar possíveis usuários sem cadastros. Pode-se verificar, que a população desta equipe antes do PlanificaSUS era de 3581 usuários, e hoje, após a atualização dos cadastros é 3614. pode-se assim verificar, que haviam poucos usuários não cadastrados. Na 12ª regional de saúde, elencou-se o acompanhamento de hipertensos e diabéticos como linha prioritária, com a atualização dos cadastros, pode-se ter o número real de hipertensos e diabéticos no território, e que possibilitou, neste retorno pós covid-19 das atividades, a implementação de agenda programada para o atendimentos destes usuários.

Quando ocorreu?

A atualização intensificada dos cadastros e busca de usuários sem cadastros, ocorreram nos meses de novembro e dezembro. Mas, ressalta-se que a atualização é contínua. As consultas são agendadas, é realizada a busca ativa deste usuário pelo agente comunitário de saúde. Trabalho da equipe multiprofissional, atendendo, enfermagem, nutrição, odontologia e médico. todos usuários saem com retorno agendado conforme risco. Hoje há 702 hipertensos e 227 diabéticos, destes, 332 hipertensos já foram estratificados, sendo 117 risco baixo, 193 risco médio e 22 risco alto, 2 pacientes foram encaminhado para o AME. Dos diabéticos, 133 foram estratificados, sendo 40 risco baixo, 70 risco médio e 22 risco alto, 8 pacientes foram encaminhados para o AME.

Pontos fortes e desafios:

Houve com o PlanificaSUS uma interação maior entre a equipe, com a implementação de agenda programada para hipertensos e diabéticos houve uma maior interação entre equipe e usuário, o que direciona a uma melhor adesão ao tratamento.

Resultados obtidos:

Espera-se com a atenção voltada aos usuários com as consultas aos diabético e hipertensos, que haja diminuição de internações por condições sensíveis a atenção primária por complicações da hipertensão e diabetes.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 12ª RS.



REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA SIVANILDA RODRIGUES DE SOUZA PULSIDES NO MUNICÍPIO DE PÉROLA

Autora: Letícia Mantovani dos Santos.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, equipe APS, AAE e regional de saúde.

Como ocorreu a experiência?

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) foi proposta pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) como uma metodologia para superar a fragmentação do modelo de atenção vigente no âmbito do SUS, buscando integrar a atenção primária a saúde (APS) e a atenção ambulatorial especializada como continuidade do cuidado em redes de atenção, baseando-se no Modelo de Atenção às Condições Crônicas e tendo em vista as necessidades dos usuários.

Dessa forma, o PlanificaSUS foi visto como uma oportunidade de reorganização do processo de trabalho na APS, em um momento oportuno de pós-pandemia da COVID-19. Em dezembro de 2021, quando foi dado início o PlanificaSUS na 12ª Regional de Saúde de Umuarama- PR, com o I Workshop e assinatura dos termos de adesão pelos prefeitos, o município de Pérola inseriu-se no movimento, com a escolha da UAPSF Sivanilda Rodrigues de Souza Pulsides para Unidade Laboratório, a qual possui uma população de abrangência de 3.356 pessoas, divididas em 7 microáreas.

A Unidade de Saúde passou, desde então, por todas as etapas implementadas pelo PlanificaSUS até o presente momento; muitos resultados e melhorias já podem ser observados com a reestruturação do serviço, dentre elas, temos como destaque o resgate do vínculo entre equipe de saúde e usuários, priorizando os idosos, que se mantiveram por mais tempo em isolamento social por serem grupo de risco para a COVID-19.

Com a reorganização do território, atualização dos mapas e dos cadastros, verificouse que a Unidade Laboratório possui 332 idosos em sua área de abrangência. A equipe implementou a estratificação de risco dos idosos, para que cada um pudesse receber os cuidados em saúde e encaminhamentos conforme sua necessidade.

Após momentos de educação permanente sobre a Linha de Cuidado à pessoa idosa e reuniões de equipe, foi estabelecido um fluxo para atendimento aos idosos:

1. IDOSO IDENTIFICADO PELA ACS RESPONSÁVEL DA MICROÁREA

2. APLICAÇÃO DO IVCF-20 PELA EQUIPE (ACS + TÉCNICO DE ENFERMAGEM QUE O ACOMPANHA PARA REALIZAR AS MEDIDAS E AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS).

Quinzenalmente são realizadas reuniões com a temática "Saúde do Idoso", onde cada ACS apresenta 3 estratificações selecionadas para discussão em grupo sobre o caso.

a - Idoso robusto: ACS acompanha com visitas mensais ou conforme necessidade; e atendimento da equipe multiprofissional da APS e monitorado por plano de cuidados);

b - Idoso em risco de fragilização: ACS acompanha com visitas mensais ou conforme necessidade e atendimento da equipe multiprofissional da APS e médico geriatra do município e monitorado plano de cuidados.

c - Idoso frágil: ACS acompanha com visitas mensais ou conforme necessidade, encaminhado para ambulatório do idoso da AAE com monitoramento do plano de cuidados pela equipe multiprofissional do município e continuidade do serviço de acordo com necessidade.

OBS: Anualmente ou se surgir algum novo fator de risco o idoso é estratificado e avaliado. A equipe se organiza por meio de planilhas para classificar seus idosos por microárea e risco.

Atualmente a equipe da ESF está composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, contando com o apoio dos profissionais da equipe multiprofissional do município; farmacêutico, nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta.

Quando ocorreu?

O acompanhamento relatado acima foi resultado de reuniões da equipe por meio do plano de ação, entre abril e maio de 2022. A atividade vem sendo desenvolvida desde junho, 36% da população idosa da ESF já foi estratificada e está sendo acompanhada de acordo com seu risco.

CONTINUA



REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO AO IDOSO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA SIVANILDA RODRIGUES DE SOUZA PULSIDES NO MUNICÍPIO DE PÉROLA

Autora: Letícia Mantovani dos Santos.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Pontos Fortes:

- O vínculo da equipe da ESF com o idoso;
 - Proporciona melhor qualidade de vida para saúde do idoso, evitando agravamentos das condições de saúde;
 - Capacitação dos membros da equipe para realizar a estratificação através do ivcf 20;
- Adequação de agenda desses profissionais para trabalhar um período exclusivamente com essa população;
- Organização de microáreas, por quantidade de idosos, risco e data de possível estratificação;
 - Cuidado compartilhado da equipe multiprofissional Integração entre APS e AAE;
 - A equipe se adequar a realização e monitoramento do plano de cuidados do idoso.

Resultados obtidos:

Antes da implementação da estratificação de risco, a equipe ESF realizava apenas o cuidado médico-paciente e as visitas mensais dos ACS. Alguns idosos passavam por atendimento com o geriatra no município, apenas quando necessário, sem continuidade do cuidado. Atualmente, há um fluxo estabelecido envolvendo todos os profissionais da equipe, dividindo as tarefas, e organizando os atendimentos, objetivando um atendimento integral e multiprofissional, e o idoso frágil que necessita de atendimento especializado é encaminhado ao AME de referência, no município de Umuarama.

Anteriormente os idosos com mais de uma comorbidade precisavam se descolar várias vezes até Umuarama para atendimentos com diferentes especialidades médicas e ainda com pouca resolutividade, por não haver integração entre APS e o ponto de atenção secundária. Com o ambulatório do Idoso no AME-CISA e ainda, com o fortalecimento das ações através do PlanificaSUS, intensificou-se o cuidado ao idoso, que seguindo seu grau de risco é encaminhado para atendimento na AAE, onde realiza as consultas com todos os profissionais elencados na linha de cuidado no mesmo dia, otimizando tempo e evitando idas frequentes à Umuarama.

Há também, integração entre atenção primária e secundária, pois o histórico do paciente é inserido no sistema para acesso da equipe de saúde do AME e o mesmo ocorre com o plano de cuidados, possibilitando troca de informações entre os profissionais dos dois pontos de atenção. Dessa forma, é possível monitorar a evolução do idoso que recebe um cuidado integral e contínuo à sua saúde.



O PlanificaSUS como protagonista da reestruturação da APS no contexto da Pandemia COVID-19.

Autora: Eliane Mendes Franco Colombo.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, assistência, usuários e regional de saúde.

Como ocorreu a experiência?

Durante a pandemia a Atenção Primária em Saúde no município de Rondon se moldou de forma que o seu papel foi voltado para a prevenção, controle e manejo dos casos suspeitos e confirmados de Covid-19, mantendo somente os serviços essenciais à população. Quando houve a necessidade de retomada das ações da APS havia o obstáculo de reorganizá-la de forma que suas ações se efetivassem.

Nesse sentido o PlanificaSUS mostrou-se um instrumento importante de apoio para a reorganização do processo de trabalho da APS, que através do roteiro de atividades desenvolvidas nas etapas 01 e 02, nas oficinas tutoriais e nos workshops, foi possível estimular os profissionais a entender que eles são os agentes de mudança naquele território, além de identificar as fragilidades existentes no processo de trabalho, na comunicação interna e com a atenção especializada, sendo possível elaborar em um plano de ação, a partir da realidade local, que é monitorado constantemente.

Quando ocorreu?

O desenvolvimento do PlanificaSUS no município de Rondon iniciou em novembro de 2021, quando o gestor municipal assinou o termo de adesão junto à SESA, através da 13ª Regional de Saúde de Cianorte e a primeira oficina de tutores aconteceu em 15 de dezembro de 2021. A experiência ainda está sendo desenvolvida, sendo que no momento iniciou-se as atividades a etapa 04 do PlanificaSUS, Gestão do Cuidado.

Pontos fortes e desafios:

O desafio era mobilizar os profissionais sobre a necessidade de mudança após o período de pandemia, onde as equipes da atenção primária ficaram exclusivas para essa finalidade. Ainda tínhamos o diferencial de contar com profissionais da equipe de enfermagem e médica sem experiência em atenção primária, sendo estes foram contratados no período da pandemia. Porém tínhamos um ponto forte, a adesão e participação efetiva das equipes nos processos do PlanificaSUS.

Resultados obtidos:

Com a implantação do PlanificaSUS foi possível: traçar o perfil do território, da população, das equipes e da unidade de saúde; identificar as principais barreiras de acesso; reiniciar o processo de territorialização; definir território mapa e território processo; realizar os cadastros com qualidade; atualizar cadastros em tempo oportuno; implantar a estratificação de risco familiar; retomar as estratificações de subpopulação de hipertensos, diabéticos, crianças e saúde mental; melhorar a comunicação interna; melhorar a comunicação com a atenção especializada; e o mais importante, avançar no processo de trabalho, uma vez que foi elaborado um Plano de Ação construído pelos próprios profissionais, a partir das fragilidades encontradas, com a descrição das ações e metas a serem alcançadas, monitoradas constantemente. É nítido o quanto se avançou na organização da APS e já dá para prever que ao fim desse processo haverá uma APS fortalecida desempenhando efetivamente seu papel.



Foto: Tutores municipais, representantes dos municípios e da 13ª RS.



Território e Gestão - Construção Social da APS num município de pequeno porte.

Autora: Odete Bernardo da Silva.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, Tutora, ACS, Psicóloga, usuários, Regional de saúde (apoio técnico).

Quando ocorreu?

No período de 30/03 a 10/06/2022.

Como ocorreu a experiência?

Após a formalização da tutora responsável pela execução do PlanificaSUS, houve a primeira reunião com as Agentes Comunitárias de Saúde da Equipe de Saúde da Família, a tutora Odete (enfermeira) e a psicóloga Karen, a fim de discutir sobre a etapa 2. A partir do conhecimento das noções de território, ocorreram as estratificações de risco familiar, as entrevistas com as lideranças comunitárias, todas realizadas pelas ACS.

Ao retornarem com esses dados ocorreu o matriciamento com a psicóloga das subpopulações identificadas pela linha prioritária (Saúde Mental). Nesta etapa revisou-se os cadastros individuais e definiu-se a atualização dos mesmos uma vez a cada trimestre. Como processo importante tivemos a oficina realizada no município com a presença dos demais servidores da saúde, na qual todos os dados obtidos foram apresentados. Ainda nesta etapa foi confeccionado o mapa inteligente que indica as famílias estratificadas de acordo com o risco familiar, além da elaboração de uma planilha a qual os profissionais têm acesso à estratificação por microárea e grau de risco.

Pontos fortes e desafios:

Integração da equipe; conhecimento da população; identificação das vulnerabilidades do trabalho e das famílias; identificação das subpopulações. Algumas dificuldades de acesso à população (falta de carro, horários das visitas); muita demanda de atendimentos (profissionais ficam atados à demandas agudas e difícil organização de tempo para executarem as atividades propostas).

Resultados obtidos:

Melhora na integração e motivação da equipe; proporcionar mais qualidade e equidade nos atendimentos ofertados à população; melhora significativa nos Indicadores de saúde preconizados pelo Previner Brasil (o município atingiu a nota de 9.79, chegando ao 1º lugar entre os municípios da Ame norte, 9º do Paraná e 182º do Brasil).



PlanificaSUS na região noroeste do Paraná: uma visão da Atenção Ambulatorial Especializada.

Autora: Isabel Cristina Inoue.

Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (CIS/AMUNPAR)

Atores envolvidos:

Tutores Regional, Tutores AAE, Tutores APS, Diretora Geral CIS/AMUNPAR, Administração e Colaboradores do AME Paranavaí e Equipe Multiprofissional QUALICIS.

Como ocorreu a experiência?

O AME Paranavaí, unidade operacional do CIS/AMUNPAR é a referência da atenção secundária do Planifica-SUS na 14ª RS, juntamente com os 28 municípios consorciados, estes celebraram o termo de adesão em 22/nov/21. A tutoria precede as atividades in-loco na unidade e workshops, norteando as ações e replicações das informações para o processo de planificação, em todas as etapas aperfeiçoamos os processos internos na instituição.

O ambulatório já realiza educação continuada com capacitações e matriciamento à APS, acolhimento em sala de espera aos usuários das linhas prioritárias de saúde e no dia 14/out/22, iniciamos grupos de estudos com os profissionais técnicos do ambulatório e os profissionais assistenciais do QUALICIS, para o compartilhamento de experiências de cada categoria profissional para a gestão da clínica, agregando outras perspectivas na construção do plano de cuidados, além do conhecimento do território e equipamentos, considerando as necessidades individuais de cada usuário.

Quando ocorreu?

Desde 22/11/2021 com o termo de adesão, a cada etapa foi sendo realizada as atividades propostas e incorporadas e/ou aperfeiçoadas na instituição. Sendo a mais recente a implementação dos grupos de estudos dos profissionais técnicos do ambulatório para cada categoria profissional da equipe multiprofissional do QUALICIS.

Pontos fortes e desafios:

- Educação permanente / matriciamento;
- Conhecimento dos serviços e fluxos;
- Humanização;
- Integração na RAS e no processo de promoção e prevenção à saúde;
- Corresponsabilização no compartilhamento do cuidado
- Comunicação efetiva;
- Competem aos gestores o planejamento orçamentário para aquisição de materiais; investimentos em recursos humanos; incentivo à educação continuada viabilizando horários protegidos. Além da participação de outras instâncias como estadual ou federal para seu financiamento.

Resultados obtidos:

O processo de planificação no ambulatório envolve atores desde a direção aos colaboradores, sendo um trabalho desenvolvido no dia-a-dia com o acolhimento, humanização/empatia, melhoria do fluxo dos serviços, qualificação do atendimento e capacitações, pois são processos dinâmicos e o resultado vem sendo observado gradativamente, pelos depoimentos de usuários e profissionais de saúde em demandas de ouvidorias.

O envolvimento da equipe ambulatorial em aperfeiçoar os serviços, atendendo as demandas dos usuários em suas necessidades individuais; a adesão de todas as categorias profissionais do ambulatório para contribuir com a equipe assistencial do QUALICIS, com a troca de experiências é fundamental, uma vez que as capacitações nas especialidades são por vezes, isoladas e individuais; o conhecimento da rede de atenção e equipamentos, possibilitando o acesso em tempo oportuno com a otimização dos recursos; todas essas ações refletem diretamente na qualidade de vida da população.



Foto: Tutores municipais, representantes dos municípios e da 14ª RS.



Desenvolvimento do Macroprocesso Educacional do CISAMUSEP junto aos municípios da 15ª Regional de Saúde.

Autor: André Juliano Sacchi.

Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (CISAMUSEP)

Atores envolvidos:

Profissionais funcionários do Consórcio (tutor da AAE, diretores, equipe assistencial) e profissionais da APS.

Como ocorreu a experiência?

O Macroprocesso Educacional é um dos 4 pilares que compõem as funções da AAE, a saber: Assistencial, Educacional, Supervisional e Pesquisa. Este se caracteriza por ações desenvolvidas junto à APS visando capacitação dos profissionais que lá atuam, estreitar os laços entre os 2 níveis de atenção. Na Rede de Hipertensão, Diabetes e Saúde do Idoso, organizamos encontros em microrregionais para que fossem apresentados os instrumentos de estratificação de risco nas linhas de cuidado de hipertensos/diabéticos e saúde do idoso, contando com a participação de todos os profissionais que atuam na APS (agendadores, ACS, médicos, enfermeiros e outros). Na linha de Saúde Mental são realizados matriciamentos na forma de atendimento compartilhado e discussão de casos clínicos, individualmente com cada município da 15ªRS, onde a equipe da AAE (psiquiatra, psicóloga e farmacêutica) se desloca até o município para que sejam desenvolvidas as atividades in loco. Por fim, na RAMI as ações de matriciamento sobre o manejo clínico no Pré-Natal das Gestantes de RI e AR são realizadas na estrutura física do Ambulatório entre a profissional médica da AAE e os profissionais médicos da APS.

Pontos fortes e desafios:

Temos como pontos fortes o estreitamento das relações entre os profissionais que atuam na APS e na AAE, o estabelecimento de canais de comunicação efetivos entre os dois níveis de atenção, a valorização do espaço de trabalho da APS e o envolvimento de todas as categorias profissionais que atuam diretamente no cuidado dos usuários na APS nas reuniões para discussão dos instrumentos de estratificação, sendo este último ponto um desafio, que consideramos superado, pois foi necessário demonstrar a importância do envolvimento de profissionais como o ACS e agendadores neste processo.

Quando ocorreu?

Os encontros para discussão dos instrumentos de estratificação de risco iniciaram em 13 de abril de 2022 e permanecem sendo realizados. Foi elaborado um cronograma anual para que esta ação fosse desenvolvida durante todo o ano. Os matriciamentos na linha de cuidado em saúde mental foram iniciados em 25 de agosto deste, também sendo mantidos até o presente momento, seguindo cronograma pré-estabelecido, cuja finalização com todos os municípios deverá ocorrer em meados de 2023. Por fim, as ações de matriciamento da RAMI iniciaram em 02 de maio de 2022, tendo sua realização continuada.

Resultados obtidos:

Após o início das reuniões para apresentação dos instrumentos de estratificação, verificamos uma redução de 60% na quantidade de usuários encaminhados ao ambulatório com estratificação de risco incorreta. No início de 2022 nosso índice de usuários com estratificação incorreta na linha de cuidado do hipertenso/diabético era de aproximadamente 5%. Atualmente este índice está na casa dos 2%. Mesma diferença observada na linha de cuidado da saúde do idoso. Nos matriciamentos da linha de cuidado em saúde mental, inicialmente priorizamos os municípios que não possuem CAPS, tampouco psiquiatras para atendimento, e observamos que após estas ações os profissionais que atendem na APS destes municípios se sentem mais confiantes em executar o manejo clínico dos usuários, principalmente os de baixo risco, que não possuem o cuidado compartilhado com a AAE. Na RAMI buscamos através da troca de experiências e do estreitamento das relações e fortalecimento da comunicação entre os profissionais da APS e AAE aumentar a qualidade do pré-natal das gestantes de risco habitual, intermediário e alto risco e buscar zerar o índice de mortalidade materno-infantil.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 15ª RS.



Foto: Premiação da experiência do ambulatório do CISAMUSEP, com representante de ambulatório, diretora Maria Goretti David Lopes e o Secretário de Estado Beto Preto.



Elenco das ações de saúde que avançaram com a implantação do PlanificaSUS no Município de Califórnia.

Autor: Sebastião Serra.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Profissionais Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

Como ocorreu a experiência?

A partir da adesão ao PlanificaSUS pela Gestão Pública Municipal, foram avaliadas todas as propostas, primeiro passo, o reconhecimento do território, havendo a necessidade de redistribuição das áreas, cobertura de 100% da população do Município, redistribuindo áreas entre ESF (Estratégia Saúde da Família) e equipes de EAP, sendo: 03 equipes de Estratégia Saúde da Família e 02 EAP (Equipes de Atenção Primária), elaborando o mapa das áreas, estabelecendo as micro áreas de cada ACS (Agente Comunitário de Saúde).

Segundo passo, ocorreram várias oficinas e Workhoop, com as equipes de Saúde, visando apresentar os objetivos do Planificasus. Nas oficinas, foram apresentados os indicadores do Previne Brasil e definidas ações e estratégias para alcançar os indicadores para avaliação e repasse dos recursos. Dentre os indicadores avaliados, verificou-se a necessidade de intensificar a coleta de citopatológico de colo uterino, definindo também, cronograma para estratificação dos pacientes, referentes aos hipertensos, diabéticos. Terceiro passo, adequamos o programa de distribuição de medicamentos de hipertensão e diabéticos, monitorando a PA e HGT, nos dias de entrega, conforme calendário de distribuição.

Quando ocorreu?

Desde a implantação do PlanificaSUS no município, os profissionais de saúde da atenção primária em saúde, estão mobilizados para as ações de saúde prioritárias e o monitoramento dos indicadores de saúde, apresentados no Previne Brasil, que são avaliados pelo Ministério da Saúde como parâmetro para o pagamento dos profissionais, seguindo as etapas da implantação e implementação das ações.

Pontos fortes e desafios:

Durante o processo de implantação do PlanificaSUS, vários fatores foram considerados para alcançar os objetivos:

- * Redefinição do território de cada equipe, destacando a subdivisão das micro áreas;
- * Cadastramento de toda população, conforme seu território;
- * Identificação da população alvo, nas ações prioritárias;
- * Capacitação de todos os profissionais da ESF (Estratégia Saúde da Família);
- * Integração das equipes com a atenção primária em saúde;
- * Estabelecer o cronograma de execução das metas programadas.

Os desafios apresentados, foram relacionados a implantação do novo modelo do PlanificaSUS, redefinindo fluxos de atendimento, mapeamento da população, territorialização e capacitação das equipes.

Resultados obtidos:

Considerando os resultados antes e depois da implantação e implementações de ações de saúde:

- * Dentre os resultados alcançados, está a territorialização, permitindo o reconhecimento das áreas e micro áreas.
- * Monitoramento dos indicadores do Previne Brasil, permitindo alcançar 70% das metas estabelecidas;

01- Pre natal (06 consultas) - 65%

02- Pre natal (Sífilis e HIV) - 77%

03- Gestante Saúde Bucal - 77%

04- Cobertura de Citopatológico - 24%

05- Cobertura Polio e Penta - 92%

06- Hipertensão (PA aferida) - 20%

07- Diabetes (Hemoglobina Glicada) - 20%

Outras ações implementadas, foram:

- * Estratificação de Hipertensos e Diabéticos
- * Redefinição do território de cada equipe, destacando a subdivisão das micro áreas;
- * Cadastramento de toda população, conforme seu território;
- * Identificação da população alvo, nas ações prioritárias;
- * Capacitação de todos os profissionais da ESF (Estratégia Saúde da Família);
- * Integração das equipes com a atenção primária em saúde;
- * Estabelecer o cronograma de execução das metas programadas.



Contribuição do PlanificaSUS e o uso da Tecnologia de informação no alcance dos indicadores do Previne Brasil.

Autor: Fábio Deziró Avelino.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, Regional de Saúde.

Como ocorreu a experiência?

Após a capacitação, estruturou-se o território no google planilha, onde foram criados três perfis: perfil 1 – acsdigital.a1 – perfil de acesso, território e alimentado pelo ACS; perfil 2 – acsdigital.a2 – perfil de acesso, visualização do território, acompanhamento e alimentado pelo enfermeiro; perfil 3 – admdigital – perfil do gestor, responsável por elaborar as planilhas google e monitoramento. Todos os perfis foram compartilhados no google drive. A planilha de acompanhamento, foi dividida em abas por ACS, famílias, risco familiar, pressão arterial, aprazamento da pressão arterial, data da solicitação da Hb1Ac, resultado da Hb1Ac e aprazamento, condições de saúde.

Desta forma, pode-se acompanhar dinamicamente a verificação e digitação da pressão, ou seja, conforme a data de digitação, a planilha sinaliza dentro do prazo de 180 dias a data da nova aferição da pressão, mudando de cor, de vermelha para verde dentro do prazo. Na mesma sequência ela sinaliza a Hb1Ac, com a data da solicitação e o aprazamento de 180 dias, na mesma dinâmica da hipertensão, mudando de cor conforme digitado a data de solicitação, passando de vermelha para verde, e ainda, em ambas as planilhas, quando a data prevista para nova aferição ou solicitação retorna a cor vermelha.

Resultados obtidos:

As atividades educacionais permitiram aprimorar os conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes dos profissionais necessárias à organização e qualificação dos processos assistenciais e estimulando a reflexão sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde.

A incorporação da tecnologia de informação foi de extrema relevância para organizar o território, olhar de forma singular sobre a realidade e direcionar onde agir e como agir. A metodologia utilizada permitiu ainda agir rapidamente nos indicadores, agir na educação em saúde, tornando a assistência mais equitativa e preventiva. Reforça-se ainda que o google também fornece outras ferramentas, como o google maps que auxiliou de forma dinâmica a territorialização, e que há inúmeras possibilidades do uso das ferramentas do google, incluindo a google planilha, que pode ser utilizada para organização do território e monitoramento de todos os indicadores do Previne Brasil e impactar positivamente na saúde da população do território. Vale salientar que somos um sistema de saúde pública contemporâneo que abraça a mudança, o novo aprendizado e a tecnologia, mas permanecemos enraizados nos princípios do SUS.

Quando ocorreu?

A mudança no modus operandi iniciou-se em 2021, capacitando toda a equipe, motivada para atender o Previne Brasil, impulsionada pelo PlanificaSUS e criando uma ferramenta com informações úteis para a qualificação da assistência.

Pontos fortes e desafios:

A educação permanente na metodologia do PlanificaSUS permitiu desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. A Visualização do território através do google planilhas, facilitou o acompanhamento diário de hipertensos e diabéticos do território, contribuindo para a busca ativa em tempo oportuno, melhorando a comunicação entre as equipes, impactando positivamente nos indicadores de desempenho do previne Brasil a cada quadrimestre e contribuindo para a qualificação da assistência e da qualidade de vida dos usuários do território. Além das melhoras nos indicadores, a planilha facilitou no processo de estratificação de risco, com os registros dos resultados da Hb1Ac e pressão arterial alterada, sendo que os resultados alterados dos usuários foram encaminhados para avaliação médica e de acordo com a estratificação, realizado o compartilhamento do cuidado com o Ambulatório de Atenção Especializada dentro da Rede de Atenção à Saúde. Com o uso da metodologia do PlanificaSUS e a incorporação da google planilha, uma ferramenta acessível e gratuita, conseguimos organizar o território e ter impactos positivos nos indicadores 6 e 7 do previne Brasil, contribuindo para o município alcançar a 5ª posição na pontuação dos indicadores de desempenho no Paraná.



Implantação de bloco de horas.

Autora: Adriana Ribas Muschau.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Usuários, Gestão, Equipe ESF da Unidade Laboratório e Regional de Saúde.

Como ocorreu a experiência?

Bloco de horas foi apresentado na etapa 3.1 PlanificaSUS, a partir deste identificamos que poderia ser implantado na Unidade Laboratório, foi dado início no bloco de horas nos atendimentos do enfermeiro e do médico da ESF.

Foi realizada uma oficina com a equipe para apresentar e implantar o bloco de horas. Em concordância com os profissionais em cada especificidade foi acordado que a cada quatro atendimentos uma consulta seria de demanda espontânea.

* Agendamento em bloco: manhã e tarde (atendimento odontológico) quantidade de pacientes atendidos por ordem de chegada conforme classificação.

* Agendamento de bloco modificado: Um menor número de usuários é agendado em períodos menores de tempo, no bloco de hora modificado foi estabelecido para pacientes de ultrassonografia, exemplo: ultrassonografia obstétrica em determinado período;

* Agendamento individual: Foi o melhor aderido e o mais utilizado no serviço, exemplo: atendimento pelo médico ESF e enfermeiro.

Quando ocorreu?

Na etapa 3.1 em Julho de 2022 foi apresentado pelo PlanificaSUS o modelo de atendimento de bloco de horas, chegando em nosso município foi agendado a oficina com a finalidade de apresentar aos profissionais o modelo de agendamento, ao qual foi aceito. Desde essa data citada foi dado início aos atendimentos que se estendem até o presente momento.

Pontos fortes e desafios:

PONTOS FORTES: Potencialidade; agilidade; diminuição de tempo de espera pelos usuários; consultas com data, período e horário marcado com opção de escolha do paciente; diminuição de aglomeração; conforto dos usuários.

DESAFIOS: Mudança do modelo de atendimento por ordem de chegada e aceitação e entendimento do paciente que será somente atendido na data e horário marcado, pois os usuários chegarem 15 minutos de antecedência para o atendimento, com a finalidade de serem triados, alguns insistem em chegar de madrugada ou bem mais cedo que o horário agendado com receio de ficarem sem atendimento.

Resultados obtidos:

- * Organização do processo de trabalho;
- * Organização para atender os pacientes com condições crônicas com retorno e acompanhamento agendado;
- * Agilidade na classificação crônica para AAE;
- * Organização na agenda com espaço, para visitas domiciliares, e matriciamento;
- * Ações administrativas e campanhas;

Anteriormente sem implantação do bloco de horas o serviço ofertado não era suficientemente organizado, com a implantação o serviço dos profissionais está mais organizado, resolutivo e o tempo está sendo melhor utilizado, obtendo melhores resultados nos atendimentos.



Otimização das Linhas Guias Prioritárias do PlanificaSUS através da Escala de Risco Familiar de Savassi e Coelho, no município de Novo Itacolomi.

Autor: Rafael Bosio Cappi.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Integrantes da APS: Lutch Carl Gruzka, Thais Patrícia Torres, Suelen Favorito, Gerenilda Gomes Lima, Renata Testa Acosta, Eny da Silva Munhoz, Elias Júnior da Silva, Talita de Fátima Mariano, Francislaine Aparecida dos Santos; Sueli de Fátima Vicente, Silvia de Fátima, Micheli Cristina Felisbino, Josiane Aparecida Alberto, Fabiana Aparecida, Sara de Fátima Fernandes, Juliana Peliceri Moreno, Tatiane Favorito, Pricila Felisbino, Vânia Favorito;

Integrantes da Atenção Secundária: Equipe do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região;

Integrantes da 16ª Regional de Saúde.

Quando ocorreu?

A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi foi utilizada pela Estratégia de Saúde da Família no decorrer do ano de 2017, quando a Unidade Básica de Saúde passava por um processo de adaptação para receber a certificação de qualificação da Atenção Primária. Quando o município de Novo Itacolomi aceitou e se comprometeu a implantar o projeto do Planifica SUS, no ano de 2021, houve a necessidade de atualizar o instrumento já utilizado, com período de aplicação entre Janeiro e Maio do ano seguinte.

Como ocorreu a experiência?

A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) é uma estratégia de educação permanente que busca consolidar a operacionalização plena da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando na reconstrução dos processos de trabalho na Atenção Primária e Secundária em Saúde.

Nesse contexto, foi necessário realizar a revisão dos macroprocessos de saúde, utilizando como ferramenta de apoio a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. Esse é um instrumento que determina o risco social e de saúde das famílias adscritas, refletindo no potencial de adoecimento de cada núcleo familiar.

Assim, seu resultado apoia a organização dos microprocessos em saúde e auxilia na aplicação das estratificações de risco das linhas guias prioritárias do Planifica SUS, sendo elas: Linha Guia de Saúde do Idoso; Linha Guia Hipertenso e Diabético; Linha Guia Saúde Mental; Linha Guia Materno Infantil; Linha Guia da Saúde da Criança.

Pontos fortes e desafios:

A revisão da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi contribuiu para revelar dados sociais e de saúde, que foram transformados em informações fundamentais para as classificações de risco e integradas, através das Linhas Guias Prioritárias aludidas no Planifica SUS. Essa associação possibilitou ampliar a visibilidade do cenário social e de saúde do município, promovendo mecanismos para o processo de trabalho voltado às doenças ou condições crônicas de saúde, pactuados entre os níveis de atenção primária e secundária a saúde, conforme seu nível de classificação.

Resultados obtidos:

Destacar os principais resultados obtidos com as ações implementadas, comparando a realidade antes e após a implantação do processo de melhorias. Através do preenchimento da Escala de Risco Familiar, se resultou na classificação de risco das famílias, apresentando determinantes favoráveis na construção e aplicação das Linhas Guias prioritárias do Planifica SUS.

Estratificação de Risco Familiar

Total de 1.168 famílias -
estratificação de 100%.
Sem risco 617-52%;
Baixo risco: 275-23%
Médio risco: 151-16%
Alto risco: 125-10%.

Estratificação de Hipertensos

Total de 553 hipertensos -
estratificação de 211 - 38%
Baixo risco: 30 - 5%
Moderado: 34 - 6%
Alto risco: 146 - 26%.

Estratificação de Diabéticos

Total de 171 diabéticos -
estratificação de 86 - 50%
Baixo risco: 3 - 1%;
moderado risco: 6 - 3,5%;
Alto risco: 77 - 45%.

Estratificação de Idosos

Total de 599 idosos -
estratificação de 457 - 76%
Frágil: 48 - 8%
Pré frágil: 87 - 14%;
Robusto: 278 - 46%.

Estratificação de Gestantes

Total de 17 gestantes
Risco habitual 6 - 35%
Risco intermediário 00;
Risco alto 10 - 58%.

Estratificação de Crianças até 5 anos

Total de 146 crianças.
Risco habitual 56 - 38%
Risco intermediário 2 - 1%;
Risco alto 7 - 4%.

Estratificação de Saúde Mental

Sub total de 355
pacientes de saúde
mental e o processo de
estratificação está em
construção.





Territorialização e Gestão de Base: Influências nos indicadores Previne Brasil de UBS Vitrine de Apucarana.

Autora: Thammy Gonçalves Nakaya.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Sidnei Serafim Bertaso (gestão), Giordana Maronezzi (gestão), Odarlone Santos de Souza Orente (gestão), Pedro Canezin (Equipe de TI), Karla Cristina Kisner Balan (Terapeuta Ocupacional), Mércia Paula (Regional de Saúde), Ednalva Moura (Regional de Saúde), Edileuza Rosina Nardi (Regional de Saúde).

Como ocorreu a experiência?

Conhecer as particularidades do território e as representações sociais do processo saúde-doença, permite aos profissionais de saúde o planejamento de ações que visem a identificação e melhoria da condição de saúde, bem como desenvolvimento de ações para reduzir complicações, com a finalidade de promover qualidade de vida, autonomia àquela determinada população. Experienciamos todos os dias em nossas atividades as modificações no processo de adoecimento, embasada nas próprias mudanças sociais, culturais e históricas que vivemos. Compreender o Território e Gestão da Base, permitiu-nos ampliar o olhar para a característica da população adscrita e inicialmente, capacitar a equipe sobre “pontos chaves” inseridos nessa característica populacional. Os instrumentos utilizados para o trabalho de territorialização e gestão de base foram as visitas domiciliares realizadas pelas Agentes comunitárias de Saúde (ACS), estratificação dos usuários, contatos telefônicos, a utilização de Tablets para realização da visita domiciliar, captação de novos usuários dentro da própria unidade de saúde, treinamento do departamento de tecnologia e informação com a equipe para cadastramento da população, realização de rodízio e escalas para cadastramento no sistema próprio da população, além da implantação do CadSUS em praticamente todos os computadores da Unidade Básica de Saúde (UBS) e atualização do cadastro do usuário em qualquer momento oportuno dentro da unidade. O tutor da unidade teve um papel imprescindível nesse processo, uma vez que promoveu engajamento de toda a equipe, em especial dos ACS. Esse engajamento foi possível mediante realização de feedbacks semanais com a equipe sobre os resultados já obtidos além de permitir a compreensão das dificuldades de todo o processo, promovendo discussões em equipe sobre quais alternativas e planos de ação desenvolver para determinado problema. Todo esse processo, permitiu que a equipe interiorizasse a importância das suas atribuições e como elas impactam no sistema de saúde, incluindo sobre o repasse de verbas e indicadores de saúde do Previne Brasil.

Quando ocorreu?

Este processo se iniciou em maio de 2022 e ocorre até o presente momento.

Pontos fortes e desafios:

Como desafios, enfrentamos a falta de recursos materiais como computadores e estrutura física, que dificulta a realização e prontidão dos cadastros dos usuários. Além disso, os Tablets ainda não possuem internet 3/4G, e, portanto, não funcionam para cadastramento na rua, o que facilitaria a correção e atualização de dados já existentes. As potencialidades estão envolvidas no engajamento da equipe dos ACS, apresentando determinação, comprometimento e respeito com as atividades que são orientadas a realizar. Além disso, realizamos escalas mensais com dias determinados para cada agente de saúde utilizar o computador para cumprir com suas atividades e metas cadastrais, além de pactuar com a gestão sobre a autorização da realização de banco de horas, utilizados para cadastramento e visitas domiciliares aos sábados. Essa estratégia foi utilizada com a finalidade de captar o usuário que trabalha em horário comercial e os que não se encontram em domicílio durante a semana. Ademais, todos os demais membros da equipe de enfermagem e médicos, foram orientados a observar dados desatualizados durante os atendimentos na UBS. Outra potencialidade no quesito gestão de base, foi o fortalecimento do vínculo, acesso e comunicação da APS com a Regional de Saúde, auxiliando e orientando todas as atividades envolvidas nessa etapa de cadastramento.

CONTINUA



Territorialização e Gestão de Base: Influências nos indicadores Previne Brasil de UBS Vitrine de Apucarana.

Autora: Thammy Gonçalves Nakaya.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Resultados obtidos:

Antes do Planifica SUS, nossa população cadastrada apresentava aproximadamente 6.947 pessoas cadastradas, com 761 famílias na Equipe 702 e 1161 na Equipe 704. Em apenas cinco meses, aumentamos nossos cadastros 7.110 cadastros, sendo 882 famílias na 702 e 1211 na 704, ambos dados retirados do e-gestor. Muito além de números cadastrais, essa etapa permitiu identificar o perfil e demanda do nosso território. Por meio desses dados, os feedbacks realizados com a equipe tiveram também a finalidade de compreensão e identificação dos desfechos clínicos que permeiam nossos atendimentos, sejam programados ou espontâneos, incluindo os atendimentos de emergência. Isso permitiu a melhora dos atendimentos promovendo um olhar intencional para aquela determinada queixa ou sintoma do paciente.

Ademais, os impactos dessa etapa repercutiram nos indicadores do Previne Brasil, sendo possível observar melhora significativa do primeiro quadrimestre (Q1), onde apresentávamos 10% para hipertensão arterial e 10% para diabetes, seguindo para o segundo quadrimestre (Q2) com 27% para hipertensão arterial e 18% para diabéticos. Corroborando com estes resultados, após identificarmos a numerosidade de hipertensos e diabéticos adscritos em nosso território, conseguimos ser contemplados com o programa QualiCIS, para encaminhamentos dessa população ao Ambulatório de Alto Risco de Hipertensão e Diabetes, onde até o presente momento temos 59 pacientes em seguimento no ambulatório e recentemente tivemos uma alta do ambulatório de diabetes, portanto, realizando cuidado compartilhado entre nós da APS e AAE.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 16ª RS.



Análise positiva após entrevista para avaliação do acesso pela pessoa usuária da UBS Centauro/Arapongas.

Autora: Janaina Yurie Uemura.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Equipe multiprofissional/UBS; Usuários.

Quando ocorreu?

A entrevista para realizar a avaliação do acesso pela pessoa usuária ocorreu no período de 11/07/22 a 15/07/22.

Como ocorreu a experiência?

A entrevista com os usuários ocorreu em um período pré-determinado pela equipe, durante uma semana. Foram entrevistados no total 30 usuários (03 no período da manhã e 03 no período da tarde, totalizando 06 usuários/dia), sendo selecionados de forma aleatória no momento em que procuraram atendimento na UBS. Orientado a forma como aconteceria a entrevista, não sendo necessário a identificação do usuário, explicação das perguntas de forma a não interferir nas respostas, e solicitando que o mesmo fosse o mais sincero possível, informando sobre a importância e finalidade desta atividade, visando melhorias para o processo de trabalho.

Pontos fortes e desafios:

Após análise das entrevistas realizadas, verificou-se que grande parte dos usuários encontram-se satisfeitos com os serviços ofertados pela UBS, assim como o atendimento prestado pelos profissionais (46,67% estão muito satisfeitos e 46,67% satisfeitos). Porém foram levantados alguns questionamentos, sendo os dois mais citados: forma de agendamento dos exames laboratoriais (04) e forma de marcação de exames/ consulta de especialidade.

Resultados obtidos:

Após análise das entrevistas realizadas com os usuários, de acordo com as queixas predominantes: 1) Os exames laboratoriais levavam em torno de 45 dias para serem liberados (existência da guia de priorização para casos de maior gravidade, de acordo com avaliação e solicitação médica). Atualmente os exames laboratoriais, são liberados na mesma semana de solicitação, zerando a fila de espera. 2) As consultas para especialidades são solicitadas via sistema, e já entram automaticamente para a fila geral do município, de acordo com cada especialidade, sendo liberadas conforme a disponibilidade de vagas. Porém existe a guia de priorização para casos de maior gravidade, de acordo com a avaliação e solicitação médica. Se compararmos os primeiros dados coletados ao iniciar o processo do PlanificaSUS, quando realizamos a atividade diagnóstico, houve grande diminuição da fila de espera em algumas especialidades.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 16ª RS.



As novas configurações do Ambulatório de Hipertensão e Diabetes após o processo de planificação.

Autora: Leticia Cristina Bento.

Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (Ambulatório do CISVIR).

Atores envolvidos:

Nesse processo tivemos a parceria dos gestores, trabalhadores tanto da AAE como da APS, técnicos da regional de saúde, e em especial, dos usuários.

Como ocorreu a experiência?

O PlanificaSUS é uma estratégia de educação permanente que busca a aproximação de toda rede, por meio da implantação metodológica da Planificação da Atenção à Saúde, capacitando e integrando os processos de trabalho da APS e AAE com foco nas necessidades de saúde dos usuários. No nosso estado, já foram realizadas 4 etapas, onde os trabalhadores e gestores da APS e AAE, induzidos pela SESA, através de visitas e workshops dialógicos ativaram um processo de reflexão sobre a importância de alinhar os objetivos, com vistas a gestão de base população. Com esse movimento em nossa região, tendo sido escolhida em CIR a linha de cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e disponibilizando aos entes consorciados o ambulatório de alto risco dessas linhas escolhidas, o CISVIR revisitou seu processo de trabalho criando novas possibilidades que convergem com os debates oriundos da planificação. Nesse cenário, buscando demonstrar sobre as potencialidades do MACC, ampliar do acesso e fortalecer a compartilhamento do cuidado temos realizados visitas, e em alguns cenários atendimentos, junto a APS dos municípios, além da entrega de vídeos orientativos.

Quando ocorreu?

Nosso ambulatório é referência para os 17 municípios pertencentes a 16ª Região de Saúde, no entanto em dezembro de 2021 tínhamos apenas 9 municípios que acessavam o mesmo, por diversos fatores que impactavam na não realização estratificação de risco para conhecimento do perfil de saúde dos territórios. Após o movimento de planificação em 2022, temos 100 % dos municípios acessando nosso ambulatório de Hipertensão e Diabetes de alto risco, onde evidenciou-se um aumento expressivo dos atendimentos, e conseqüentemente, dos usuários estratificados nos seus territórios.

Pontos fortes e desafios:

A planificação nos permitiu além de nos aproximar com os atores da APS fomentando praticas colaborativas, compreender a diversidade dos territórios existentes em nossa região de saúde. Nas visitas aos territórios abordamos sobre nosso processo de trabalho pautado no MACC, sobre a estratificação, o fluxo de atendimentos, o cuidado compartilhado e o auto-cuidado apoiado, bem como buscamos entender as fragilidades, conhecer mais sobre os territórios e estimular as potencialidades. A distância entre o município e o local de atendimento da AAE podem ser um desafio a esses usuários.

Resultados obtidos:

O PlanificaSUS nos permitiu estabelecer novas configurações de processo de trabalho da AAE frente aos cenários identificados nas visitas aos municípios, tendo como pano de fundo o fortalecimento da relação entre a AAE e APS fomentado pela planificação. A distância e o deslocamento entre o município e a AAE inicialmente posta como um desafio, passou a ser superada, quando a equipe multiprofissional desses ambulatórios, composta por cardiologista, endocrinologista, enfermeiro, nutricionista e psicóloga, se desloca aos territórios para realização dos atendimentos, bem como frente as demandas dos usuários foi estendido o ambulatório aos sábados. A abordagem interdisciplinar realizada pela equipe, o atendimento itinerante, os vídeos orientativos, a relação estreita com a APS, potencializam práticas de cuidado compartilhado e que estimulam o auto-cuidado apoiado, diminuindo agravos e complicações decorrentes da hipertensão e do diabetes. O resultado pode ser visto através do controle pressórico e glicêmico, onde de janeiro até o presente momento foram realizadas 135 altas no ambulatório de diabetes e 80 no ambulatório de hipertensão.



Aplicação do plano de ação para monitoramento das metas do Planifica Sus na Unidade Vitrine.

Autora: Franciele Queiroz Ribeiro.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Equipe da unidade vitrine, tutor municipal, coordenador da atenção primária em saúde, gestão e equipe da 17ª regional de saúde.

Como ocorreu a experiência?

Pensando em melhorar o processo de trabalho e monitorar todas as metas e ações relacionadas ao Planifica SUS, a unidade vitrine montou uma planilha de monitoramento, tendo como modelo o plano de ação cedido pelo projeto do Planifica SUS.

Após a realização de cada workshop e das oficinas de dispersão, integrantes do colegiado gestor alimentam esse plano de ações com as novas metas a serem trabalhadas pela equipe.

Os itens que compõem o plano de ação são: data, ação, responsável, quem participará da ação, como será executado, prazo, recursos, observações e monitoramento. Durante as reuniões de equipe, que acontecem mensalmente na unidade vitrine, é realizado o monitoramento do plano de ações, em que o mesmo é revisado e atualizado. Dessa forma, conseguimos manter o engajamento de toda a equipe sobre as metas desejadas, manutenção do que já foi alcançado e persistência nos itens que ainda precisam ser trabalhados.

Pontos fortes e desafios:

Os pontos fortes foram o apoio da gestão para as práticas do Planifica Sus, bem como a adesão e engajamento da equipe. A UBS ter horário protegido para as reuniões de equipe foi fundamental para o monitoramento do plano de ações. Nesta primeira etapa do Planifica Sus, muitas metas já faziam parte da prática da UBS. Algumas tiveram que ser implantadas e outras apenas implementadas. O desafio é manter o alinhamento da equipe para as próximas etapas desse processo.

Resultados obtidos:

Todos nós conhecemos o ritmo intenso de trabalho dentro de uma unidade básica de saúde. São desafios diários enfrentados por toda equipe, que muitas vezes dificultam o processo de trabalho e a manutenção das rotinas nos serviços. O plano de ação se mostrou uma importante ferramenta para manter a atualização de todas as melhorias definidas pelo Planifica SUS. Através dele está sendo possível a organização das metas a serem atingidas de forma clara e objetiva. A possibilidade de visualizar mês a mês as metas que já foram alcançadas e perceber a evolução de todo esse processo traz à equipe um sentimento de dever cumprido, motivando-os a novos desafios. Um instrumento extremamente simples, mas decisivo na organização e controle do trabalho da equipe.

Quando ocorreu?

O plano de ação foi criado após a primeira oficina realizada na Unidade Vitrine, em março de 2022, e desde então vem sendo utilizado mensalmente pela equipe para monitoramento. Até o momento foram realizados 3 workshops para alinhamento teórico e 3 oficinas de dispersão, sendo que todas as metas foram incluídas no plano de ações, mantendo-o sempre atualizado. Essa mesma dinâmica será utilizada no decorrer das próximas etapas do PlanificaSUS.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 17ª RS.



Cornélio Procópio

18ª Região de Saúde
Macrorregião Norte



Os desafios do Processo de territorialização no Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná.

Autora: Ariane Fernandes Redi.

Unidade Vitrine da AAE na Planificação da Atenção à Saúde (Ambulatório do CISNOP).

Atores envolvidos:

Tutores municipais dos 21 municípios, 18º Regional de Saúde, Equipe Marketing, Equipe da Rede Materno Infantil, Diretora Administrativa do CISNOP, Supervisor de Saúde Mental e Administradora do Controle Interno.

Como ocorreu a experiência?

O processo de territorialização do CISNOP se iniciou com a ETAPA 2 - Território e Gestão de Base Populacional do PlanificaSUS, proporcionando a vivência de experiências no contexto de direcionamento dos dados, sendo executada em dois momentos distintos, o primeiro correspondia em realizar a coleta de dados e o segundo materializar no mapa as informações adquiridas. Para se construir e alcançar as metas que haviam sido estabelecidas no Plano de Ação, inicialmente foram trabalhados de forma teórica os conceitos de território e gestão de base populacional e em seguida através de planilhas ocorreu a coleta de dados, sendo a participação dos municípios imprescindível na execução dessas atividades. Deste modo, se estabeleceu um formato de trabalho integrado entre as equipes da atenção primária e secundária, tornando-se possível compreender e dimensionar a amplitude do território dos municípios que compõe o CISNOP, bem como suas características e as especificidades que estes possuem. Após o término da coleta de dados iniciais, passou-se a pensar na materialização de um mapa inteligente e de fácil acesso ao usuário dos serviços e equipes do Ambulatório Médico de Especialidades - AME, tendo como ponto principal o ato do mapa não ser engessado, haja vista a necessidade de traduzir a realidade do território que está em constante mudança. A equipe do CISNOP, passou a planejar e construir modelos para se adequar as mudanças que se fizerem necessárias, chegando ao conceito de um mapa que pudesse ter informações adicionadas ou excluídas de forma manual, deste modo pode-se alterar os dados em qualquer momento. A escolha do local também foi algo discutido dentro da equipe, dado o seu tamanho era necessário um espaço amplo, nesse sentido a parede do corredor de espera foi considerado apropriada, devido ao fato de possuir maior fluxo de pessoas transitando. É importante ressaltar que a territorialização, será um desafio constante dentro das equipes envolvidas, devido a sua característica de ser algo mutável conforme as condições sociais, culturais e geográficas de cada região de saúde.

Quando ocorreu?

A experiência está sendo realizada desde março de 2022 e não terá uma data de finalização no que se refere a coleta de dados e mudanças no mapa, pois deve-se ponderar a questão de ser um processo contínuo, devido as características territoriais que são inconstantes e que devem ser compreendidas conforme o conceito de território apresentado. Em relação a materialização do mapa foram necessários 3 meses para o seu desenvolvimento, desde a criação da arte, a confecção do material, sua instalação, até o momento em que se iniciou a escrita das informações consideradas necessárias para sua efetivação.

Resultados obtidos:

Antes do processo de territorialização o CISNOP não possuía dados levantados de forma integrada, as equipes não possuíam fácil acesso as informações sobre o município e que são necessárias para o seu atendimento. Após a territorialização foi possível analisar os dados e pensar em formas de melhorar o atendimento no Ambulatório Médico de Especialidades - AME, a equipe possui fácil acesso as informações do território, bem como dos profissionais de referência, auxiliando no cuidado em saúde. Os usuários do serviço, conseguem visualizar dados dos municípios de origem e aumenta a sua participação e interesse em conhecer as características do seu território, reporto aqui uma experiência do qual o usuário saiu incrédulo ao descobrir que seu município possuía aquele número de habitantes, haja visto que imaginava possuir muito menos e comentou com a equipe do AME que não possuía conhecimento sobre esse dado.



Foto: Premiação da experiência do ambulatório do CISNOP, diretora Maria Goretti David Lopes e o Secretário de Estado Beto Preto.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: conhecer o território geral, compreender suas peculiaridades, as dificuldades de enfrentamento de cada município, dimensionar a população atendida, levantar características que auxiliem em propostas para melhorar o atendimento ao usuário do serviço em saúde. Desafios: levantar dados de forma constante, criar um mapa que possa ser modificável, dimensionar os dados com clareza e dentro da realidade vivida nos municípios.



Análise positiva após entrevista para avaliação do acesso pela pessoa usuária da UBS Centauro/Arapongas.

Autora: Talita Cristina Garcia Moreno.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão, usuário, equipe da unidade.

Quando ocorreu?

Estratificações Agosto até a presente data, e gestante em setembro.

Como ocorreu a experiência?

Primeiro começamos com a estratificações HAS, DM, Idoso - já que a unidade já fazia a estratificação de gestante e SM e estamos planejando a estratificação das crianças. No início não tinha as estratificação, após o planifica fizemos a roda de conversa como a unidade esta com aproximadamente 90% dos usuários cadastrados, começamos a estratificações dos pacientes com HAS e DM e Idosos. Saímos para VD a técnica de enfermagem pois já aferia a PA, a enfermeira da unidade pois solicitava a hemoglobina glicada com a explicação da importância do exame e com o ACS da área. Em 3 meses estamos com Hipertensos com 31,05% estratificados e acompanhados e DM 62,32% e Idosos com 80%. Entre a roda de conversa o nosso índice de gestantes que estava fazendo tratamento odontológico estava zerado, foi quando decidimos fazer a busca ativa dessas gestantes e com 30 dias tivemos esse índice de 0 para 46,86%. Estamos devagar mais conseguindo atingir a nossa meta, sempre com o apoio dos tutores regionais planifica, gestão que já esta providenciando o mapa e com a equipe sempre empenhada a melhoria do serviços e do usuario.

Pontos fortes e desafios:

Desafios sempre é a aceitação da equipe nas mudanças e ao usuário em se adaptar com as mudanças.

Resultados obtidos:

Não conseguimos atingir a nossa meta ainda pois encontramos alguns contra tempos, falta de funcionário (área descoberta) chuva, atestados, falta do usuário em dias agendados, mas não desanimamos.

Estratificação e acompanhamento HAS: 31,05%

Estratificações e acompanhamento DM: 62,32%

Estratificação de Idosos: 80%

Gestantes com consulta Odontológica: 46,86%



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 18ª RS.



Consulta Odontológica na gestação: A adesão das gestantes após mobilização da Equipe.

Autora: Arlinda Gonçalves de Araújo.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Secretaria Municipal de Saúde; Equipe UBS Vila Lordani; Equipe Saúde bucal.

Quando ocorreu?

Desde novembro de 2021.

Como ocorreu a experiência?

Considerando o planejamento das ações para a melhoria dos processos de trabalho, devido adesão mínima das gestantes da área à consulta odontológica, foi elaborado modelo de busca ativa pela equipe de odontologia em parceria com os ACS e Enfermagem. A abordagem de todas as gestantes é feita de forma contínua e dinâmica: sala de espera, pelo telefone e WhatsApp. Caso ainda assim haja gestante faltosa é realizada visita domiciliar pela Técnica de enfermagem e a Auxiliar de Consultório Dentário e ACS. Desse modo, o índice na UBS que no começo do Planifica era 2%, agora está 86.73%, tendo chegado até 90.21%.

Pontos fortes e desafios:

Pontos fortes: envolvimento de toda a equipe no processo; Pré-natal realizado na própria unidade o que favorece a captação, o vínculo e a interação da odonto com o médico e enfermagem. Pontos fracos: resistência da gestante por fatores socioculturais.

Resultados obtidos:

Primeiro a mudança de mentalidade da equipe e principalmente das gestantes sobre a importância da saúde bucal. Segundo, a melhoria do vínculo. Terceiro, melhoria da adesão ao seguimento do tratamento. Quarto, as gestantes estão trazendo outros membros da família para avaliação e tratamento.



Pontos positivos do PlanificaSUS apontados pela UBS.

Autora: Priscila Andretta Molin e Vanessa Favaro de Azevedo.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Equipe multidisciplinar da UBS.

Quando ocorreu?

A experiência deve início desde a inserção da UBS no PlanificaSUS em maio do presente ano, até nosso último encontro em outubro.

Como ocorreu a experiência?

A experiência ocorreu durante a aplicação e os giros dentro da unidade após cada etapa do planifica. toda equipe se mostrou bastante receptiva as atividades proposta de desta forma conseguimos implementar vários dos pontos apontados como importantes.

Pontos fortes e desafios:

Como pontos fortes podemos destacar:

- * Maior visibilidade dos dados da UBS como quantidade de população estimada, número de HAS e DM, crianças, gestante entre outros;
- * Aumento na frequência de reuniões entre a equipe multidisciplinar, para discussão de casos e doa giros, Nosso maior desafio hoje é a territorialização, ainda em processo de construção e a implementação de agenda de consulta para o clínico geral.

Resultados obtidos:

Conseguimos realizar parte do mapa inteligente; Conseguimos finalizar toda a questão de sala de vacina; Conseguimos extintores para UBS e melhoria na nossa segurança; Implementação sistematizada de limpeza das salas e da UBS; Voltamos a trabalhar com as estratificações de risco (gestante e criança).



Fortalecimento da Atenção Primária a Saúde inicia com o cadastro da população e sua atualização por todos os profissionais.

Autora: Ariana Estevão de Oliveira.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:
Equipe de saúde.

Quando ocorreu?
Desde a primeira oficina no município a equipe já foi orientada e capacitada toda a equipe para atualização dos cadastros através do E-SUS.

Como ocorreu a experiência?
Capacitação da equipe de como cadastrar e atualizar os pacientes no E-SUS. Impressão da agenda dos médicos diária conferindo nome por nome e endereços dos pacientes. Atualização no cartão sus pois o E-SUS não estava sincronizando os dados entre o programas impossibilitando a atualização completa. Para todos os atendimentos na UBS todos os profissionais antes de iniciar o atendimento conferiam o cadastro e atualizam se necessário. Busca ativa nas áreas e micro áreas de cada ACS para cadastrar novos pacientes e vincular nas equipes.

Pontos fortes e desafios:
Toda a equipe participou do processo de atualização e cadastro dos usuários de forma proativa. Unificação dos cadastros duplicados. Os ACS aproveitaram a atualização de cadastro e realizavam a estratificação de risco familiar de Coelho e Savassi das famílias.

Resultados obtidos:
O município conseguiu melhorar seus indicadores no Previne Brasil alcançado resultados muito bons e cadastrando 100% da população.



Estratégia para alcance de indicador de cobertura vacinal da pólio e penta no município de Japira.

Autora: Leise Cristina Jorge.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Gestão: Rosimara Aparecida Siqueira; Vacinadoras municipais: Maria Lúcia de Moraes e Alessandra Moroz Mascarenhas.

Como ocorreu a experiência?

O Planifica SUS teve seu início no município de Japira em março de 2022 com a formação do Colegiado Gestor Municipal que objetiva estabelecer ações de enfrentamento da realidade local no que diz respeito a estrutura, ambiência e processos de trabalho, ancorados nas linhas Guias e nos indicadores de desempenho do Programa Previne Brasil. Com o olhar crítico em relação aos indicadores, observamos que a Cobertura vacinal pólio e penta estava em 29% no Q3 de 2021, dado esse que trouxe um alerta em relação ao controle desta população de crianças menores de 15 meses que sofreram o agravante do não comparecimento aos ambientes de vacinação em decorrência aos impactos da Pandemia COVID-19. Isto posto as Equipes de Saúde da Família foram convocadas pelo Colegiado Gestor Municipal do Planifica SUS a participarem do Giro realizado na sala de vacinas em maio de 2022 com objetivo de autoavaliar a organização da sala e reestruturar o processo de trabalho para alcance de cobertura vacinal.

Quando ocorreu?

A partir da implementação do Giro realizado na sala de vacinas em 13 maio de 2022 onde as fragilidades do processo de trabalho foram identificadas, listadas, organizadas e utilizadas como base da construção das ações a serem aplicadas no processo de trabalho em busca da cobertura vacinal adequada em tempo de garantir proteção e segurança as crianças que se encontravam em situação de vulnerabilidade em adoecer por doenças imunopreveníveis.

Pontos fortes e desafios:

Dos desafios elencamos: atualização cadastral da população geral no e-sus e planilhamento em drive compartilhado da população alvo. Dos pontos fortes: capacitação das Equipes de Atenção Primária através de reuniões organizando e qualificando a busca ativa de faltosos e registros no e-sus para que se valide a aplicação da vacina gerando a informação correta e a organização do fluxo interno de atendimento além da ampliação do quadro de servidores favorecendo o cumprimento das demandas.

Resultados obtidos:

As intervenções proporcionadas pelas ações desencadeadas com base no Planifica SUS trouxeram algumas melhorias 01. Atualização do banco de dados e vinculação adequado do usuário; 02. Digitalização de 100% do atendimento em tempo real no sistema e-sus; 03. Acesso individualizado das informações; 04. Integração da sala de vacinas com a ESF; 05. Facilidade de localização do cidadão no sistema PEC. 06. Estabelecimento de agenda programada na sala de vacinas; 07. Entendimento da importância do resgate e busca ativa de faltosos; Todas essas melhorias foram fundamentais para Recuperação da cobertura do indicador do Previne Brasil de Pólio e Penta que passou do Q3 2021 de 29% para Q1 de 2022 para 92% evidenciando em números reais que o empenho depositado nas ações propostas trazem resultados em números que se traduzem em qualidade de vida da população.



Foto: Premiação da experiência do município de Japira, com representantes da 19ª Regional de Saúde, diretora Maria Goretti David Lopes, o Secretário de Estado Beto Preto, e representante do Hospital Albert Einstein Priscila Rabelo.





A importância do atendimento odontológico ao paciente diabético na UBS Bairro Alto.

Autora: Lucimara de Souza Cogo.
Unidade Vitrine da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

João Hélio Chueire, Lucimara de Souza Cogo, Cristiane Lemes, Cristiane Correia, Lucinda Maria, Carlos Eduardo, Gisele Maciel, João Matheus, Sandra Carvalho e Sandra Depizol.

Quando ocorreu?

Iniciou em 2018 e retornando pós pandemia em março de 2022.

Como ocorreu a experiência?

O processo de trabalho nesta unidade é muito organizado, pois, já participamos de outros projetos do governo o qual contribuiu muito para esta organização. A estratificação de risco das doenças crônicas já são realizadas desde de 2018. Com a pandemia a equipe odontológica ficou restrita aos atendimentos de urgência e emergência. Com o processo de planificação retornamos aos atendimentos das consultas programadas com os macroprocessos básicos da APS que se relacionam com o território. No primeiro momento os agentes comunitários de saúde iniciaram a atualização dos cadastros das famílias pertencentes a suas áreas, e identificando os doentes crônicos e agendando para atendimento com a equipe multiprofissional: enfermagem, médico e odontologia, para a estratificação de risco, pois, muitos pacientes acabaram mudando o estilo de vida durante a pandemia e isso interferiu no seu risco, muitos passaram de baixo risco para alto. A unidade tem uma agenda programada para cada condição crônica. No caso dos diabéticos são as terças - feiras no período da tarde. É realizado o atendimento desses pacientes e de acordo com seu risco estratificado segue o seu acompanhamento, se necessário é encaminhado para atenção especializada.

Pontos fortes e desafios:

Os pontos fortes da experiência é a boa adesão ao atendimento e o comprometimento dos pacientes com a equipe odontológica, diminuindo assim o numero de faltas. O trabalho integrado e compartilhado, e também no diagnostico de doenças periodontais. Pois a doença periodontal pode ter um impacto significativo sobre o diabetes contribuindo no agravamento do seu controle metabólico. Os desafios encontrados é que alguns pacientes não segue bons hábitos de higiene , dificultando assim a melhora do quadro que apresenta.

Resultados obtidos:

Anteriormente os pacientes eram atendidos por ficha e ordem de chegada, " o paciente era visto apenas como mais uma ficha", não havia o cuidado continuado o atendimento se resumia a queixa que o paciente apresentava no momento. Com o processo de organização e planificação, a odontologia passou a atender de maneira humanizada e abrangente, deixando um dia da semana para o atendimento de cada doença crônica, inclusive o paciente diabético. A UBS Bairro Alto conta com 154 pacientes diabéticos , sendo 47 destes atendidos e estratificados pela equipe odontológica. 28 pacientes concluíram o tratamento. 19 pacientes estão em tratamento, 8 deste foram diagnosticados com periodontite. 107 pacientes estão em processo de estratificação.



Estratificação de Hipertensos e Diabéticos.

Autora: Beatriz de Fátima Barabas.
Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Equipe da UAPSF Ignez Panichi Hanze.

Como ocorreu a experiência?

Não existia estratificação de risco de hipertensos e diabéticos na nossa Unidade! Frente a essa falha e com a implantação do PlanificaSus, identificamos durante as reuniões a necessidade de acelerar esse processo de estratificação, sem prejudicar a qualidade da estratificação, assim sendo, a enfermeira da unidade elaborou um questionário simplificado, onde as ACS usaram durante suas visitas. Neste questionário tem perguntas como:

Você faz uso de medicamentos para hipertensão?

Você uso de medicamentos para diabetes?

Você faz uso de insulina?

Quantos medicamentos (ao todo) você utiliza por dia?

Já teve algum agravamento de saúde por conta dessas doenças?

Com base nas respostas, conseguimos selecionar os pacientes mais críticos e que necessitavam de uma atenção e estratificação mais breve! Para nossa unidade essa experiência facilitou nosso trabalho!

Quando ocorreu?

Iniciamos as entrevistas em setembro e ainda estamos desenvolvendo.

Pontos fortes e desafios:

Fortes: Uma equipe dedicada, que busca resultados e melhorias para a unidade.

Desafios: Por ser uma atividade simples não encontramos desafios extremos. Acredito que nesse experiência o maior desafio vem sendo os pacientes que trabalham e ainda não conseguimos entrevistá-lo.

Resultados obtidos:

Foi sair da estaca zero de estratificados! E estar caminhando para 50% da população hipertensa e diabética estratificada.

São José do Boa Vista

19ª Região de Saúde
Macrorregião Norte



Acompanhamento dos usuários com HAS e DM.

Autora: Maria Silvana de Azevedo.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Equipe da UBS Vila Madalena, Secretário de Saúde e Vigilância.

Quando ocorreu?

Início em fevereiro de 2022 desde então está sendo desenvolvido;

Como ocorreu a experiência?

Foi realizado um levantamento por meio dos ACS de cada área, e realizado a estratificação onde chegamos a um total de cada paciente HAS e DM através desse levantamento. Foi feita uma entrevista com cada paciente onde foram feitos para diabéticos pedido exames hemoglobina glicada e para HAS avaliação com acompanhamento e estratificação onde se realiza um acompanhamento a cada 6 meses.

Pontos fortes e desafios:

Ponto forte = aprendizado e trabalho em equipe.
Desafio = levantamento e estratificação.

Resultados obtidos:

Através da busca ativa atingimos 100%, bom resultado.



Foto: Tutores regionais e municipais, representantes dos municípios e da 19ª RS.



A planificação como metodologia de territorialização em saúde e o enfrentamento da Tuberculose no município de Conselheiro Mairinck.

Autora: Fabiani Aparecida da Silva.

Unidade Laboratório da APS na Planificação da Atenção à Saúde.

Atores envolvidos:

Tutores da 19 regional de saúde, enfermeiros da UBS de Conselheiro Mairinck, médico da UBS e agentes de saúde.

Como ocorreu a experiência?

A experiência começou no início da segunda etapa do PlanificaSUS, com a territorialização e elaboração do diagnóstico situacional da população, onde foi identificado um óbito que seria previamente descartado por tuberculose, mas após discussões com a equipe da 19 regional e investigação de caso foi mudado a situação. Com isso podemos ver que nossa território estava incompleto e sem assistência, deixando a desejar o cuidado com os indivíduos. E não estávamos tão preocupados com a incidência de tuberculose, depois desse caso começamos a instruir nossa equipe a procura de indivíduos sintomáticos respiratórios, que apresentam tosse por 3 semanas ou mais, tanto nas unidades de saúde e domicílios. Reavaliação dos contatos com tuberculose. Oferecer exames para diagnóstico da ILTB aos demais grupos populacionais. Tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Verificação da carteira de vacina de crianças de 0 a 4 anos 11 meses e 29 dias. São algumas medidas que foram tomadas afim de evitar novos casos de tuberculose.

Resultados obtidos:

Durante a realização das ações, como a visita compartilhada na zona rural, foi possível confirmar a causa do óbito por tuberculose e ampliar o número de contatos do caso. Na avaliação dos contatos foram identificados 15 casos de tuberculose latente, através do uso da PT, sendo que destes, 13m aderiram a ILTB. Foram realizados rodas de conversas com a população sobre os sinais e sintomas da tuberculose e intensificado as ações de testagem para as IST's. Entre os resultados mais importantes destacamos a sensibilização dos profissionais sobre a Tuberculose e a desconstrução de mitos que envolvem as representações sociais a doença, como a discriminação, medos, incertezas sobre a cura e as formas de transmissão.

Esse processo pode fortalecer a integração da APS e a VISA municipal e apresentar um diagnóstico de território mais realístico. Durante a realização das ações, como a visita compartilhada na zona rural, foi possível confirmar a causa do óbito por tuberculose e ampliar o número de contatos do caso. Na avaliação dos contatos foram identificados 15 casos de tuberculose latente, através do uso da PT, sendo que destes, 13m aderiram a ILTB. Foram realizados rodas de conversas com a população sobre os sinais e sintomas da tuberculose e intensificado as ações de testagem para as IST's. Entre os resultados mais importantes destacamos a sensibilização dos profissionais sobre a Tuberculose e a desconstrução de mitos que envolvem as representações sociais a doença, como a discriminação, medos, incertezas sobre a cura e as formas de transmissão. Esse processo pode fortalecer a integração da APS e a VISA municipal e apresentar um diagnóstico de território mais realístico.

Quando ocorreu?

A experiência começou em outubro de 2021 e vem sendo realizada até nos dias atuais, ainda estamos fazendo ações afim de achar os pacientes ativos no município.

Pontos fortes e desafios:

Entre os pontos fortes destacamos a construção de um plano de ação produzido pela Integração entre os olhares da Atenção Primária em Saúde e a Vigilância em Saúde:

Dentre as ações:

1. Discutir, a nível Regional, a Descentralização da aplicação da Prova Tuberculínica (PT), que hoje se encontra centralizada no município de Jacarezinho, sendo disponibilizado a aplicação uma única vez ao mês;
2. Realizar a busca ativa de novos sintomáticos respiratórios na população atendida pela ESF, bem como, realizar o monitoramento junto ao laboratório que realizar de forma terceirizada a análise da bacilosopia, ficando como responsáveis a ESF e a epidemiologia;
3. Associar as ações de busca e identificação de SR junto ao grupo de tabagismo, bem como, ações de educação em saúde nesse público, para informação esclarecimento sobre a TB;
4. Realizar a avaliação de todos os contatos próximos – totalizados em 08 pessoas, segundo informado pela SMS;
5. Organizar e realizar ação para a identificação de novos casos bacilíferos nos homens que frequentam o comércio local, bares e afins. A ação ficará atrelada ao mês Novembro Azul, sendo importante destacar a necessidade de intensificação das testagens para as IST's.
6. Realizar visita in loco na comunidade rural em que residia o sujeito que foi a óbito por TB, com o objetivo de esclarecer sobre a doença, identificar possíveis casos novos.

Os desafios encontram-se na pequena quantidade de profissionais treinados para a realização da PT, o estigma que a doença produz de forma mais intensa e que pode ser percebida pela Representação Social da doença, sempre presente nas falas da comunidade e, as vezes entre os próprios profissionais de saúde.

PARANÁ



G O V E R N O D O E S T A D O

SECRETARIA DA SAÚDE

PLANIFICASUS