



**ANAIS**

# I Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde

**12 e 13 de dezembro de 2022**  
Brasília - DF



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Brasília - DF  
2022

S612a

Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde (1.: 2022 : Brasília, DF)

Anais da I Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. - Brasília, DF: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2022.

1 arquivo: PDF.

1. Atenção primária à saúde. 2. Planejamento. 3. Sistema Único de Saúde.

ISBN 978-65-00-71009-0

NLM - W 84.6



## **APRESENTAÇÃO**

# **I Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde, 12 e 13 de dezembro de 2022**

---

É com muita satisfação que realizamos a I Conferência Nacional de Planificação da Atenção à Saúde com a missão de promover boas práticas no SUS. Durante os dois dias de evento, professores, gestores e profissionais de saúde compartilharam experiências e evidências sobre a Planificação da Atenção à Saúde em âmbito nacional.

A Conferência teve como tema central “Tecendo Redes com geração de conhecimento e prática baseada” e compreendeu a apresentação de trabalhos nos formatos de Comunicação coordenada, pôster eletrônico e exposição cultural. Agradecemos a todos que participaram!

**Comissão Organizadora**

Organização: Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)

Apoio: Ministério da Saúde [Evento financiado pelo Projeto de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009), por meio da portaria n.º 3.362, de 8 de dezembro de 2017 – Parecer Técnico Inicial Recomendativo de Análise Técnica e Financeira de Projeto no Âmbito do PROADI-SUS n.º 2/2021 - CGGAP/DESF/SAPS/MS (0019478128) e despacho SAPS/GAB/SAPS/MS (0019480381)]



## **EDITORIAL**

### **Conferência versada**

---

É com grande alegria que viemos sintetizar  
O aprendizado desses dias vou agora apresentar  
Fiquem atentos no que vou falar  
A primeira conferência... Bora rimar?

Tivemos mesas redondas  
E comunicações coordenadas  
Muitos pôsteres eletrônicos  
E falas emocionadas

Tanto trabalho envolvido  
Tantos locais diferentes  
Duvido que tenha alguém  
Que não termine o evento contente

A diversidade do Brasil  
Encanta os olhos do povo  
As exposições culturais  
Nos trouxeram gás novo

Agora vamos detalhar  
Um pouco de cada lugar  
O que aprendemos com o Norte?  
Essa região de gente forte

O Amazonas falou  
Sobre gestão do cuidado  
Gestantes estão recebendo  
Um tratamento cada vez mais adequado

Da região Nordeste: Paraíba, Pernambuco,  
Sergipe, Bahia e Maranhão  
Pode esperar, bichinho  
Muitas coisas ainda virão  
Já teve território, cadastro,  
Conhecemos a subpopulação  
A expansão andando em alta  
Vamos à integração!

Agora, caros ouvintes  
É a vez do sudestino  
Minas representa forte  
100% dos municípios é o destino

O Centro-Oeste avança  
Com todos os seus desafios  
Todos os estados envolvidos  
Ninguém vai ficar por um fio

Paraná e Santa Catarina  
Falaram sobre superação  
O gestor comprometido  
Apoia a equipe na sua missão

Com todo esse Brasil envolvido  
Não poderíamos deixar passar  
O brilho do Saúde Mental na APS  
Mais uma linha de cuidado para planificar!

Diagnóstico da RAPS  
Maranhão, Rondônia e Goiás fizeram  
Desafios identificados  
Avanços no gerenciamento e na tutoria vieram

Afetos e aprendizados  
Enriqueceram nossa experiência  
Paulo Freire nos inspira  
A buscar novas competências  
Agradecemos a participação dos que vieram  
Presencialmente e virtualmente  
Aos parceiros, seguiremos firmes  
Na construção de uma sinergia cada vez mais potente

Finalizamos a conferência e ficamos todos a pensar  
Os avanços e desafios do que é Planificar  
Fortalecendo a ideia dos que teimam em acreditar  
No SUS que é efetivo e que veio para ficar



## COMISSÕES

### COMISSÃO ORGANIZADORA

- Ademilde Machado Andrade - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Adriana dos Santos Costa - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Ana Alice Freire de Sousa - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Andrea Christina Borella - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Daiana Bonfim - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Francisco Timbó de Paiva Neto - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Ilana Eshriqui - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Isadora Siqueira Souza - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Larissa Karollyne de Oliveira Santos - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Leane Carvalho Machado - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Marcio Anderson Cardozo Paresque - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Maria José Evangelista - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Priscila Rabelo Lopes - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Rebeca Correia Cardoso - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Zélia Lins - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

### COMISSÃO CIENTÍFICA

- Ademilde Machado Andrade - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Alzira Maria D'ávila Nery Guimarães - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Ana Alice Freire Sousa - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Ana Claudia da Paz - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Ana Karina de Sousa Gadelha - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Andrea Christina Borella - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Andrea Liliana Vesga Varela - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Claudielle de Santana Teodoro - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Daiana Bonfim - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Danylo Vilaça - Secretaria de Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde (SAPS/MS)
- Eliana Tiemi Massuda - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Emanuela Brasileiro de Medeiros - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Evelyn Lima de Souza - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Éverton Rodrigues - Beneficência Portuguesa (BP)
- Francisco Timbó de Paiva Neto - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Guilherme Barbosa Shimocomaqui - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Ilana Eshriqui - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Isadora Siqueira Souza - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Lavínia Aragão - Beneficência Portuguesa (BP)
- Leane Carvalho Machado - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)



- Letícia Yamawaka de Almeida - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Livia Schunk - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Luís Fabricio Barbosa Alves - Secretaria de Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde (SAPS/MS)
- Priscila Rabelo Lopes - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Rebecca Cabral de F G Pereira - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Rodrigo Silva Amaral - Secretaria de Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde (SAPS/MS)
- Samara Ercolin de Souza - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Valmir Vanderlei Filho - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Zélia Lins - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

## COMISSÃO CULTURAL

- Ana Alice Freire Sousa - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Ana Angelica Ribeiro de Meneses e Rocha - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Carmem Cemires Bernardo Cavalcante - Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza
- Isadora Siqueira Souza - Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE)
- Lavínia Aragão - Beneficência Portuguesa (BP)
- Zélia Lins - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)



## PROGRAMAÇÃO

| Dia 1 (12/12/22) |  |  |   |
|------------------|--|--|---|
| Horário          | Mesa / Atividade   | Título trabalho  | Palestrante   |
| 08:00<br>08:20   | Vídeo Linha do tempo PAS   |  |   |
| 08:20<br>09:20   | <b>Mesa de abertura</b>  |  | Nésio Fernandes de Medeiros Junior (CONASS)<br>Mauro Junqueira (CONASEMS)<br>Renata Maria de Oliveira Costa (SAPS/MS)<br>Roberto Tapia (OPAS)<br>Carlile de Lavor (Fiocruz Ceará)<br>Tânia Di Giacomo do Lago (BP)<br>Renato Tanjoni (HIAE)<br>Luciana Morais Borges (HIAE) |
| 09:20<br>09:45   | <b>Exposição cultural</b>  | Tão bão Planificar!  | Sheila Cristina de Souza Pinheiro   |
|                  |  | A implantação do PlanificaSUS no município de Bombinhas: atendimento na comunidade da Praia da Tainha  | Marluci dos Santos Gonçalves  |
|                  |  | Reflexões sobre a imunização   | Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza   |
| 09:45<br>10:15   | <b>Intervalo</b>   |  |   |
| 10:15<br>11:30   | <b>Conferência:<br/>Tecendo redes com<br/>geração de conhecimento<br/>e prática baseada em<br/>evidências</b>  | A organização de Redes de Atenção à Saúde por meio da Planificação da Atenção à Saúde: Por quê, onde estamos e perspectivas futuras                              | Eugênio Vilaça Mendes (CONASS)  |
|                  |  | Implementação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil: Evidências e desafios   | Marcos da Silveira Franco (CONASEMS)  |
|                  |  | Evidências sobre a efetividade da Planificação da Atenção à Saúde: Pesquisa efetivadas   | Ana Coelho de Albuquerque (IMIP)  |
|                  |  | Debate   | Moderadora: Daiana Bonfim (HIAE)  |
| 11:30<br>11:45   | <b>Exposição cultural</b>  | Cantando a Gestão da Clínica   | Gabriela Piazza Pinto   |
|                  |  | Planifica SUS tecendo Redes de Atenção à Saúde no Estado de Pernambuco   | Paulo César Oliveira Santos   |
| 11:45<br>13:00   | <b>Painel 1 -<br/>Comunicação<br/>coordenada: O cuidado<br/>integrado na atenção às<br/>condições crônicas</b> | Ambulatório de Atenção Especializada na Rede Materno Infantil em Itabaiana/SE: da construção da estrutura física a execução plena de seus macroprocessos         | Moderadoras: Ana Cláudia Pereira da Paz (HIAE) e Priscila Rabelo Lopes (CONASS)   |
|                  |  | I Seminário sobre manejo clínico da gestante na APS: uma proposta de integração da Rede de Atenção à Saúde na Paraíba  |   |
|                  |  | PlanificaSUS: Organização da Assistência Ambulatorial Especializada a partir da Atenção Primária no município de Colinas/ Maranhão                               |   |
|                  |  | Implementação do Pré-Natal de alto risco no Modelo PASA no Ambulatório Regionalizado de Especialidades de Mamanguape na 14ª região de Saúde do estado da Paraíba |   |



|                |  |  |   |
|----------------|--|--|---|
|                |  | PlanificaSUS na Gestão do Cuidado de gestantes em situação de vulnerabilidade em um município no interior do Amazonas  |   |
|                |  | Oficina de capacitação para a avaliação do índice tornozelo braquial na atenção primária à saúde: um relato de experiência   |   |
|                |  | Uma proposta de gestão e organização de Atenção Integrada à Saúde durante a pandemia do COVID-19   |   |
| 13:00<br>13:45 | <b>Painel 2 - Comunicação coordenada: Qualidade e segurança do paciente na RAS</b> | As salas de vacinas e as práticas seguras da imunização na 14 Região de Saúde do estado da Paraíba   | Moderadoras: Andrea Christina Borella (HIAE) e Emanuela Brasileiro de Medeiros (HIAE) |
|                |  | A utilização do modelo de melhoria na implantação da PAS em uma Região no Maranhão: relato de experiência do time de consultor e facilitadores                               |   |
|                |  | Relato de experiência: organização do fluxograma de atendimento ao recém-nascido com anquiloglossia e teste da linguinha como prevenção ao desmame precoce em Uberlândia-MG. |   |
|                |  | Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: relato de experiência   |   |
| 13:45<br>14:45 | <b>Intervalo</b>   |  |   |
| 14:45<br>15:00 | <b>Exposição cultural</b>  | Sensibilização da Higienização das Mãos  | Viviane Scandiucci Mota   |
|                |  | Planifica sob óptica da ACS  | Luciana Meneses Borges Botelho  |
| 15:00<br>17:00 | <b>Mesa redonda: O território vive!</b>  | O conceito de territorialização e sua importância na Planificação da Atenção à Saúde   | Danylo Vilaça (DESF/SAPS/MS)  |
|                |  | A visão da gestão sobre a territorialização em Teixeira Soares (PR): Potencialidades e desafios  | Amauri Klossowski (Secretário Municipal de Saúde de Teixeira Soares - PR)             |
|                |  | O papel da equipe na gestão de base populacional: Experiência de Alagoinhas (PE)   | Lívia Kelly Bezerra Santos (RT Municipal PlanificaSUS - Alagoinha, PE)                |
|                |  | Desafios da informatização no processo de cadastro, estratificação risco familiar e risco das subpopulações: um relato de experiência.                                       | Andreas Brehme Monteiro de Carvalho (Tutor PlanificaSUS - Mata de São João, BA)       |
|                |  | Implantação do Centro Estadual de Atenção Especializada para Atenção Materno Infantil na microrregião de Araçuaí: relato de experiência.                                     | Gisely Ferreira Lima (Gerente CEAE - Araçuaí, MG)                                     |
|                |  | Debate   | Moderador: Danylo Vilaça (DESF/SAPS/MS)   |
| 17:00<br>17:15 | <b>Exposição cultural</b>  | Visita do ACS: Como vai você?  | Carla Pereira Barreto   |



| Dia 2 (13/12/2022) |   |  |  |
|--------------------|---|--|--|
| Horário            | Mesa / Atividade  | Título trabalho  | Palestrante  |
| 8:00<br>8:15       | <b>Exposição cultural</b>   | Paródia sobre a Gestão do Cuidado  | Simone Bezerra Barbosa   |
|                    |   | Processos de Trabalho da Atenção Primária na Metáfora da Casa.   | Naipy Abreu Brunozi  |
| 08:15<br>09:30     | <b>Panel 3 - Comunicação coordenada: O território e a gestão de base populacional</b>   | A (re)organização da territorialização com base populacional em Jacaraú-PB   | Moderadores: Guilherme Barbosa (HIAE)<br>Shimocomaqui e Francisco Timbó de Paiva Neto (HIAE) |
|                    |   | A estratificação de risco familiar no contexto da Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência  |  |
|                    |   | Expansão da planificação da atenção à saúde para os 399 municípios paraenses   |  |
|                    |   | Aprimoramento da (re)territorialização da área de abrangência da UBS Jardim das Palmas Esmerado na Gestão de Base Populacional visando a melhoria do acesso                  |  |
|                    |   | Avaliação dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas planificadas na perspectiva de usuários   |  |
|                    |   | PlanificaSUS: um novo olhar para as necessidades de saúde dos hipertensos e diabéticos e os desafios da assistência em uma unidade de saúde em Ponta Grossa-PR               |  |
|                    |   | Planificando o território: a experiência de Pernambuco   |  |
| 09:30<br>10:15     | <b>Panel 4 - Comunicação coordenada: A organização da atenção à Saúde Mental na APS</b> | A importância da tutoria para desenvolvimento de trabalhadores na saúde na atenção às pessoas com necessidade do cuidado em Saúde Mental na APS no estado do Maranhão        | Moderadoras: Claudielle De Santana Teodoro (HIAE) e Lívia Schunk Pereira (HIAE)              |
|                    |   | Diagnóstico da Rede de Atenção Psicossocial de três regiões de saúde do estado de Goiás - resultados da etapa preparatória do projeto Saúde Mental na APS                    |  |
|                    |   | Consultoria regional - melhorias em processos de Gestão de Saúde   |  |
|                    |   | Elaboração da planilha de monitoramento dos usuários atendidos no CAPS III de Caxias - MA: uma ferramenta necessária para a avaliação do perfil assistencial em Saúde Mental |  |
| 10:15<br>12:00     | <b>Mesa redonda 2: O desenvolvimento de competências na PAS</b>                         | O referencial teórico para o desenvolvimento de competências e a importância do sistema saúde-escola no contexto da prática interprofissional                                | Nildo Batista (UNIFESP)  |
|                    |   | A experiência de desenvolvimento de competências por meio da PAS no território   | Viviane Leonel Cassimiro Meireles (Escola de Saúde de Goiás - SESG)                          |
|                    |   | A operacionalização do desenvolvimento de competências no PlanificaSUS   | Marcio Paresque (HIAE)   |
|                    |   | Debate   | Moderadora: Lavinia Aragão (BP)  |
| 12:00<br>12:30     | <b>Intervalo</b>  |  |  |
| 12:30<br>13:00     | <b>Momento comunidade de práticas PAS</b>   |  | Larissa Karollyne de Oliveira Santos (HIAE)  |



|                |   |  |                            |
|----------------|---|--|----------------------------|
| 13:00          | <b>Exposição cultural</b>   | A porta de entrada do cuidado em sofrimento mental   | Raissy de Oliveira e Costa |
| 13:15          |   | “Com amor SUS” - Carta aberta do SUS aos tutores municipais  | Hiago Daniel Herédia Luz   |
| 13:15<br>14:00 | <b>Mesa de encerramento:<br/>Perspectivas futuras na PAS<br/>menção honrosa e premiação</b> | Jurandi Frutuoso (CONASS)<br>Roberto Tapia (OPAS)<br>Carlile de Lavor (Fiocruz Ceará)<br>Luiz Odorico Monteiro de Andrade (Fiocruz Ceará)<br>Tânia Di Giacomo do Lago (BP)<br>Luciana Morais Borges (HIAE) |                            |



## SUMÁRIO

- 30 REALIDADES DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Mayanny da Silva Lima Barbosa<sup>1</sup>; Vanessa Kely Medeiros Silva Palhano<sup>2</sup>; Raquel dos Santos Lima<sup>2</sup>; Francisco Alisson da Silva Barbosa<sup>3</sup>; Marisa Araújo Costa
- 31 RASTREAMENTO DO RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Rosângela Nunes Almeida; Paula Costa Martins; Andréia Nunes Almeida; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Isabela Maria Aguiar Cruz; Lawanda Kelly Matias de Macedo; Daniela Reis Joaquim de Freitas; Alison de Sousa Moreira
- 32 O IMPACTO DA PLANIFICAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL NO MARANHÃO**  
Paula Ramos Almeida Penha; Isabelle Campos Morais Rego de Araújo; Raissy de Oliveira e Costa
- 33 VIVENCIANDO UMA SEMANA NA UBS: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Ana Elisa de Belotti; Nogueira Baptista
- 34 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I): AÇÕES DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE ALDEIAS ALTAS – MA**  
Deniely da Silva dos Prazeres; Diego Machado da Silva; Fabiana de Lima Borba; Livia Cristina da Silva Paiva
- 35 A PORTA DE ENTRADA DO CUIDADO EM SOFRIMENTO MENTAL**  
Raissy de Oliveira Costa; Paula Ramos Almeida Penha; Isabelle Campos Morais Rego Araújo
- 36 A REORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE PSIQUIATRIA DE BREJO DO PIAUI – EXECUÇÃO DO TELENORDESTE**  
Hemilly de Sousa Aguiar Ferreira; Janaina Dias de Sousa
- 37 PLANIFICAÇÃO E TELENORDESTE FORTALECENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA APS**  
Hemilly de Sousa Aguiar Ferreira; Janaina Dias
- 38 RELATO DE EXPERIÊNCIA: O APOIO PSICOSSOCIAL AOS PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM ALDEIAS ALTAS-MA**  
Livia Cristina da Silva Paiva; Deniely da Silva dos Prazeres; Nubia Oliveira da Silva; Nubia Selma Maciel Paiva; Adriano Lúcio da Silva Alves; Letícia Ananias de Araújo Lima; Jayse da Silva; Silmara da Silva Mendes
- 39 IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REORGANIZAÇÃO DA REDE**  
Erlanne Livia Dias Batista; Elane Maria Azevedo dos Reis; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Erick Michell Bezerra Oliveira; Marisa Araújo Costa
- 40 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO MEIO DE IDENTIFICAÇÃO OPORTUNA EM CUIDADO NA SAÚDE MENTAL**  
Erlanne Livia Dias Batista; Marisa Araújo Costa; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Elane Maria Azevedo dos Reis; Erick Michell Bezerra Oliveira; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida; Jardênia de Sousa Soares; Mayanny da Silva Lima Barbosa
- 41 A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE LABORATÓRIO JOÃO PAULO II NO MUNICÍPIO DE COELHO NETO/MA**  
José Carlos Lopes Magalhães
- 42 A IMPORTÂNCIA DA ESPECIALIZAÇÃO EM REDE DE ATENÇÃO NO SUS, PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Hagnes Taiely Camacho da Silva; Vanessa Cristina da Silva
- 43 FORMAÇÃO DE MULTIPLICADORES E DE PROFISSIONAIS PARA O USO DO MANUAL DE INTERVENÇÃO DO MENTAL HEALTH GAP (MI-mhGAP) DA OMS COMO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**  
Marina Chansky Cohen; Vinicius Ramalho de Oliveira; Claudielle de Santana Teodoro; Aline Fernandes de Rossi; Daniela Batista Novaes; Fernanda Vautier Franco Soares Costa; Letícia Yamawaka de Almeida; Maria Fernanda Nascimento Marques
- 44 SAÚDE MENTAL DE JANEIRO A JANEIRO: AÇÕES INTERSETORIAIS COMO ESTRATÉGIA POTENCIALIZADORA NA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA APS EM UMA REGIÃO DO NORTE DO BRASIL**  
Diene Carla dos Santos Nepomuceno; Jackeline da Rocha Vasques; Gelzirlane do Nascimento; Adriana Carvalho Coutinho Tolfo; Rosalina de Oliveira Reis Goebel; Sara Yamone Zygoski Portela da Silva
- 45 CONHECENDO COM OS PÉS: APROXIMAÇÃO DA REDE POR MEIO DA PRÁTICA**  
Natalia Aquino Afonso; Igor Ribeiro de Freitas; Amanda Menon Pelissoni; André Martins Camargo Barbosa



- 46 AtentaMENTE: BOLETIM INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**  
Vinicius Ramalho de Oliveira; Marina Chansky; Maria Fernanda Nascimento Marques; Fernanda Vautier Franco Soares Costa; Daniela Baptista Novaes; Aline Fernandes de Rossi; Letícia Yamawaka de Almeida; Claudielle de Santana Teodoro
- 47 A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Patrícia Pereira Gomes; Edilson Alves da Silva
- 48 AmareLINHA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE**  
Denize Aparecida Teixeira; Luciane Otto Malat; Fernanda Helena Sales; Angela Maria Brzezinski
- 49 ATENÇÃO AO USUÁRIO COM QUEIXA AGUDA EM SAÚDE MENTAL NO SETOR SUL DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Anna Flávia de Oliveira Santana; Melyne Serralha Rocha; Rubia Barra
- 50 POTENCIALIZANDO SONHOS: MANEJO PSICOSSOCIAL DE UMA ADOLESCENTE EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Carla Pereira Barreto; Janaina Rosário de Jesus; Felipe Fragoso; Camila Marcela da Conceição; Claudia Monteiro; Ivani Oliveira; Janaina da Silva Alves; Letícia Yamakawa de Almeida
- 51 A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PAES LANDIM PI, POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT)**  
Tamiris Rodrigues de Moura; Valfredo Augusto de Araújo Santana Portella; Vânia Carvalho dos Santos
- 52 TRATAMENTO DE QUALIDADE PARA AUTISTAS PELO SUS É POSSÍVEL? PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE REDE DE CUIDADO À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA EM UBERLÂNDIA**  
Adriana Helena Bueno
- 53 IMPLANTAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO EM MNS ENTRE A UAPS E AS REDES DE APOIO DO MUNICÍPIO DE COELHO NETO - MA**  
Nascia de Oliveira Lima; Sara Dayane de Araújo Oliveira
- 54 DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TRÊS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS - RESULTADOS DA ETAPA PREPARATÓRIA DO PROJETO SAÚDE MENTAL NA APS**  
Denis Axelrud Saffer; Suely Pereira de Faria; Solange Maria de Castro; Adriana Sebastiana Freitas da Silva; Viviane Ferreira Nunes
- 55 ESTRATÉGIA INOVADORA PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA APS NO BRASIL**  
Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Jackeline da Rocha Vasques; Denis Axelrud Saffer
- 56 IMPORTÂNCIA DA TUTORIA PARA DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES NA SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS NO ESTADO DO MARANHÃO**  
Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Antônia Sheilane Carioca Silva; Kyzze Correia Fontes
- 57 A INTEGRAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEP) HOSPITALAR COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PLANIFICAÇÃO NA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DO NORTE DO BRASIL**  
Elizabete Vieira de Camargo
- 58 PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) PARA OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ATUANTES NO PROJETO SAÚDE MENTAL NA APS NA REGIÃO DE SAÚDE DE CAXIAS - MA**  
Marluce Oliveira Sá; Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Antônia Sheilane Carioca Silva; Kyzze Correia Fontes
- 59 CONSULTORIA REGIONAL - MELHORIAS EM PROCESSOS DE GESTÃO DE SAÚDE**  
Kyzze Correia Fontes, Antônia Sheilane Carioca Silva, Luiz Leonardo Louzada Nobrega
- 60 EXPERIÊNCIAS DE UMA UNIDADE LABORATÓRIO EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO: O INÍCIO DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO SAÚDE MENTAL**  
Emília Priscila Andrade dos Santos e Silva; Marisa Araújo Costa; Erlanne Livia Dias Batista
- 62 ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Jéssica Oliveira Silva



- 63 “COM AMOR SUS” - CARTA ABERTA DO SUS AOS Tutores Municipais**  
Hiago Daniel Herédia Luz; Camila Gabriela Gonzalez; Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro
- 64 RELATO DE CASO ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA: EFETIVANDO NA PRÁTICA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA APS**  
Paula Vanessa Holanda da Silva; Renata Ribeiro Buarque Coutinho; Maria Janailma Souza Santos; Ana Carolina Coelho de Almeida
- 65 CUIDADOS PALIATIVOS E APS: EXPERIMENTANDO SINERGIAS TEÓRICAS E PRÁTICAS NA EFETIVAÇÃO DA PESSOA COMO CENTRO DO CUIDADO**  
Renata Ribeiro Buarque Coutinho; Ana Carolina Coelho de Almeida; Maria Janailma Souza Santos; Paula Vanessa Holanda da Silva
- 66 ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA: RELATO DE CASO VIVENCIADO NA APS**  
Ana Carolina Coelho de Almeida; Paula Vanessa Holanda da Silva; Maria Janailma Souza Santos; Renata Ribeiro Buarque Coutinho
- 67 A ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM APOIO DE UM PROJETO DE TELESSAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO TLENORDESTE EM ALAGOAS**  
Mônica Rossatti Molina; Raquel Prado Thomas; Bruno Belo Lima; Juliana Salomão Rocha de Oliveira; Marcus Vinícius Dutra Zuanazzi; Maria Lúcia Bezerra Feitosa; Alexandra Amélia Silva Ludgero; Rafael Saad Fernandez
- 68 COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO ENTRE EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E PALIATIVISTA NA VISITA DOMICILIAR: UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA POR MEIO DA TELEMEDICINA**  
Desireé Souza Filizzola; Juliana Grazina; Ludmilla Guimarães de Oliveira; Rafael Saad Fernandez; Railda Alves da Silva Carone; Romário de Sousa Oliveira; Emília Priscila Andrade dos Santos e Silva; Mônica Rossatti Molina
- 69 EDUCAÇÃO ATIVA EM SAÚDE PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS COM POLI-INCAPACIDADES OU NECESSIDADES COMPLEXAS E CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL**  
Frederico Aparecido de Oliveira Medeiros; Leiriane Alves de Souza; Melyne Serralha Rocha; Rúbia Pereira Barra
- 70 RELATO DE EXPERIÊNCIA: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Lucas Pereira Silva; Melyne Serralha Rocha; Rubia Pereira Barra; Leonardo Castro Alves; Larissa Cavalcanti Botelho Soares
- 71 AMBULATÓRIO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO PRESTADOR DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS**  
Regina Grespan; Cibele Sequeira; Christiane Laporta; Raquel Terezam; Beatriz Sequeira
- 72 RELATO DE EXPERIÊNCIA: ABORDAGEM EM EDUCAÇÃO E SAÚDE SOBRE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES PALIATIVOS**  
Esthefania Cimadon dos Santos; Silvanya Pereira Cruz; Juliana Zenaro Rodrigues; Beatriz Amaro Rocha; Silvana Souza Silva
- 73 CONHECENDO AS VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA POR MEIO DO IVCF-20: UM OLHAR PARA O CUIDADO PALIATIVO**  
Nytale Lindsay Cardoso Portela; Andreia Nunes Almeida Oliveira; Erick Michell Bezerra Oliveira; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida; Shirley Dayane Santana da Silva Almones; Marisa Araújo Costa
- 74 O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS**  
Thiago de Jesus Santos
- 76 PLANIFICAÇÃO DA APS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA REDUÇÃO DE EVENTOS CEREBROVASCULARES POR MEIO DO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA SOARES-PR**  
Gabriela Costa; Taiara Hoppe Chaves
- 77 DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO A PESSOA COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Vanessa Kely Medeiros Silva Palhano Palhano; Mayanny da Silva Lima Barbosa; Raquel dos Santos Lima; Marisa Araújo Costa
- 78 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO**  
Andréia Nunes Almeida Oliveira; Rosângela Nunes Almeida; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Marisa Araújo Costa; Daniela Reis Joaquim de Freitas; João Victor Lira Dias; Igor Souza Maia; Alison de Sousa Moreira



- 79 USO DA OZONIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS EM PACIENTES DOMICILIADOS**  
Rosângela Nunes Almeida; Andréia Nunes Almeida Oliveira; Paula Costa Martins; Carla Anacleto Pontes; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Isabela Maria Aguiar Cruz; Daniela Reis Joaquim de Freitas; Alison de Sousa Moreira
- 80 MONITORAMENTO CRUZADO ENTRE CEAE DIAMANTINA (AAE) E MUNICÍPIO DE COUTO DE MAGALHAES (APS): FERRAMENTA PARA FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO**  
Poliana Casto de Resende Bonati; Raquel Fátima Teixeira; Glaucia Sbampato Pereira; Claudia Danyella Alves Leão; Priscila Vieira Elias; Dominick Danielle Mendonça; Giovana Cândida Batista; Maria Isabel Guimarães Rodrigues
- 81 INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/ COMITÊ MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO INFANTIL COM APS DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA - MG**  
Elaize Maria Gomes de Paula; Poliana Castro de Resende Bonati; Maiara Christine de Barros Couto Barbosa; Maria das Graças Soares Buissa; Gesiane Agostinho Barbosa; Maria Aparecida de Souza Gonçalves; Luis Roberto de Sousa Almeida; Aloisio Gomide
- 82 ATENÇÃO CONTÍNUA NA APS: UMA TECNOLOGIA POSSÍVEL. RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FERRENTINHAS - PR**  
Suellen Guimarães
- 83 PRÁTICAS DO CUIDADO INTEGRADO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Gerson Pedrosa de Oliveira; Daniely Matias Facundes; Ana Gardênia da Silva Araújo
- 84 TECENDO A REDE DE PESSOAS INTEGRADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA GOVERNANÇA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS) NA VIII MICRORREGIÃO DE BELO JARDIM, ESTADO DE PE**  
Gilcilene Pretta Cani Ribeiro; Renata Ribeiro Buarque Coutinho; Karina Kelly de Oliveira; Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra; Maria Francisca Santos de Carvalho; Maria Aparecida de Souza; Ana Carolina Coelho de Almeida; Ana Lucia de Souza Leão Ávila
- 85 IMPLANTAÇÃO DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA MICRORREGIÃO DE ARAUÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Gisely Ferreira Lima; Kelly Bianca Vieira; Christina Coelho Nunes; Érika Guimarães Lage; Raquel Guieiro Cruz
- 86 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1**  
Vanessa Carvalho Barros de Castro
- 87 UMA PROPOSTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**  
Lucyara Araújo Simplício; Janaína Oliveira; Sidney Sotero Mendonça; Alberto Vasconcelos Sabala
- 88 CUIDADO INTEGRADO ENTRE APS, AAE E ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA: OS DESAFIOS DA PRÁTICA**  
Jamille da Silva Nascimento; Taciana Maria Lenfundes de Souza Paiva
- 89 A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICA SUS EM MUNICÍPIO COM POUCOS RECURSOS E OS AVANÇOS JÁ ALCANÇADOS COM A PLANIFICAÇÃO**  
Maria Caroline Laurindo Kinczel
- 90 A PROPOSTA DO PET-SAÚDE NA INTEGRAÇÃO EM ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE COMO ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE CEREST, UNIVERSIDADE E ATENÇÃO BÁSICA**  
Paula Lamb Quilião; Anália Ferraz Rodrigues; Lilian Konageski Stumm; Vanessa Bley Ribeiro; Betina Loitzenbauer da Rocha Moreira; Shana Hastenpflug Wottrich; Cenir Gonçalves Tier; Letícia Silveira Cardoso
- 91 EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS DA ESF NO NORDESTE BRASILEIRO NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Ionara de Souza Januário; Thiago Gomes da Trindade; Carlos Eduardo de Carvalho
- 92 ABSENTEÍSMO: A EXPERIÊNCIA DE SUCESSO DE UM MODELO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
Elsa Maria Karsburg da Rosa; Viviane Derhon; Cristiane Brito da Luz Chagas; Marielle Machado Corrêa
- 93 METODOLOGIA DO PLANIFICASUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA - IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO**  
David Felipe de Brito Araújo; Edilene de Castro Chaves; Thamyris Vieira Barros



- 94 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM DIABETES: ATUAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA FARMÁCIA NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES INSULINIZADA**  
Eveline Piaia; Laura Hannel
- 95 GRUPO DE AUTOCUIDADO APOIADO**  
Marluci dos Santos Gonçalves; Paola Martins Ozório Cristofari; Taijana Ferreira; Karina Lopes Rachelli; Naiara Mariana da Silva Carneiro Alacoque; Alessandra Cristina Albano; Juçara Eloiza da Silva; Mariane Maria Antônia Borges
- 96 AVALIAÇÃO DA VELOCIDADE DE CRESCIMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NO CENTRO DE ATENDIMENTO AO DIABÉTICO E HIPERTENSO (CADH) DO HOSPITAL DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL**  
Paloma Eduardo dos Santos; Ana Queiroz de Araújo1; Emanuella Vital Campo
- 97 O PLANO DE CUIDADOS COMO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE APS E AAE: A EXPERIÊNCIA DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE-PR**  
Mariana Machado; Emaline Santos; Eliane Veloso; Guilherme Barbosa Shimocomaqui
- 98 PLANIFICASUS NA GESTÃO DO CUIDADO DE GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO AMAZONAS**  
Juciara Sampaio; Leidiane Santarém; Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Patrícia Gonzaga Farias; Aldecy Almeida Bezerra Silva; Guilherme Barbosa Shimocomaqui
- 99 A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO GESTACIONAL CREAMI E APS SAÚDE INDÍGENA: RELATO DE EXPERIÊNCIA POR MEIO DA ABORDAGEM DO MATRICIAMENTO**  
Cidelda Pereira Batista
- 100 DESENVOLVIMENTO DE CONSULTORES EM GESTÃO E ANALISTAS DE TUTORIA: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DO ENSINO DE ADULTOS**  
Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira; Isadora Siqueira de Souza; Livia Schunk Pereira; Marcio Anderson Cardozo Paresque
- 101 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO E DIABETES E GARANTIA DE ACESSO NA REDE**  
Simone Soares dos Santos; Jessica Santos de Souza; Hortência Oliveira da Conceição Muriel Nascimento Andrade; Aliny de Oliveira Pedrosa; Laís Pimenta Ribeiro dos Santos
- 102 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REGIÃO DE ARAÇUAÍ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Deise Lima Santos; Bianca Kelly Santos Vieira; Karina Cenci Pertile
- 103 A ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO: A EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE TELESSAÚDE**  
Thales Santos Andrade; Milena Tenório Cerezoli; Stefane de Souza Barros; Rafael Saad Fernandez; Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi; Mônica Rossatti Molina; Stefania da Costa Gomes Elias; Nathaly Araújo Leal do Prado
- 104 EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM REUMATOLOGIA EM UM PROJETO DE TELESSAÚDE: APRENDIZADOS E NOVAS POSSIBILIDADES**  
Maria Thereza Gomes Caldeira; Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi; Rafael Saad Fernandez; Mônica Rossatti Molina
- 105 CUIDADO INTEGRADO NA ASSISTÊNCIA AO SOBREPESO E OBESIDADE: ORGANIZAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO**  
Regina Grespan; Cibele Sequeira; Christiane Laporta; Raquel Terezam; Beatriz Sequeira
- 106 POLÍTICAS PÚBLICAS GERONTOLÓGICAS: ARTICULAÇÃO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL NA OTIMIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM SÃO CAETANO DO SUL**  
Rosamaria Garcia; Regina Grespan; Lucila Lorenzini; Cibele Sequeira
- 107 O IMPACTO DO MATRICIAMENTO NA COMUNICAÇÃO COM A APS E NA GESTÃO DA FILA DA AAE**  
Erica Correia Garcia; Valdemar de Almeida Rodrigues; Veridiana Saraiva de Carvalho; Jeane Alves da Cunha; Fabíola de Fátima Sousa; Fernanda Rodrigues de Castro Takeuti; Liana da Silva Mousinho
- 108 ATIVIDADE PRÁTICA DA PLANIFICAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**  
Milene Negri Reiser; Vânia Ana Silveira Muniz; Cleverson dos Santos; Marlene Serafim
- 109 A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA EXECUÇÃO DAS FUNÇÕES ASSISTENCIAL, EDUCACIONAL, SUPERVISIONAL E DE PESQUISA**  
Cintia Marcovicz Visinoni; Angela Maria da Cruz Cardoso; Isadora Dezan Martini; Luiza Maria Gaspar; Isabella Helena Pietrowski Basso; Marcia Cristina Schoenherr Gliński; Gabriela Aparecida Grochowski; Letícia Carolina Moro



**110 MATRICIAMENTO EFETIVO NO PROCESSO DE TRABALHO DA PLANIFICAÇÃO**

Angela Maria da Cruz Cardoso; Isabella Helena Pietrowski Basso; Luiza Maria Gaspar; Cintia Marcovicz Visinoni

**111 PLANO DE EXPANSÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA DE ALTO RISCO NO MARANHÃO**

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes; Josélia Alves Santos

**112 FLUXO DE CUIDADOS ÀS GESTANTES E PARTURIENTES HIV POSITIVAS E CRIANÇAS EXPOSTAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NA REGIÃO DE SÃO JOÃO DOS PATOS - MARANHÃO**

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes; MarlIny da Silva Pereira Santos; Vanessa Ferreira Lima; Maria do Amparo Costa Cardozo Oliveira; Sílvia Cristina Viana Silva Lima; Jocelia Frazão de Matos

**113 INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO ACRE: ESTRATÉGIAS TECIDAS ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA**

Francisca Luzia Guimarães Cordeiro; Naiara da Costa Dias; Emanuely de Sousa Nóbrega; Jeanne Raquel Freire Albuquerque; Rosilene Nunes Dias; Graciele Menezes da Costa Farias; Maria Elita Araújo de Almeida; Luciana Oliveira Carvalho

**114 A AMBIÊNCIA COMO DISPARADORA PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO PLANIFICASUS: A EXPERIÊNCIA DA POLICLÍNICA TUCUMÃ DO ESTADO DO ACRE**

Graciele Menezes da Costa; Maria Augusta Moreira de Mesquita; Luciana Oliveira Carvalho

**115 DA MATERNIDADE PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: RELATO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO SOB A ÓTICA DO PLANIFICASUS NO ESTADO DO ACRE**

Emanuely de Sousa Nóbrega

**116 I SEMINÁRIO SOBRE MANEJO CLÍNICO DA GESTANTE NA APS: UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PARAÍBA**

Maysa Barbosa Rodrigues Toscano; Maria das Graças Gomes de Lima; Aldaisa dos Santos Cotta; Wellington Pedro de Sousa; Lenildo Filho Dias de Moraes; Railda de Almeida Gomes; Cássia de Andrade Araújo; Tânia Berbert Ferreira Lima

**117 CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO MATERNO-INFANTIL NA 14 REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

Railda de Almeida Gomes; Tania Berbert Ferreira Lima; Cassia de Andrade Araújo; Janayra Araújo Bento; Kamilla Helen Rodrigues Capistrano; Priscilla Araújo Almeida; Maria do Socorro Carvalho Pires de Sá; Maria Izabel Ferreira Sarmento

**118 IMPLEMENTAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MODELO PASA NO AMBULATÓRIO REGIONALIZADO DE ESPECIALIDADES DE MAMANGUAPE NA 14ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

Railda de Almeida Gomes; Janayra Araújo Bento; Khallijah Farias Montenegro; Maria Jose Silva; Aldaisa dos Santos Cotta; Sylvania Moreira de Melo; Tania Berbert Ferreira Lima; Cassia de Andrade Araújo

**119 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO IDOSA DE IRATI- PR COMO INSTRUMENTO DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO**

Mariana Machado dos Santos Pereira; Eliane Marcia Veloso; Guilherme Shimocomaqui; Emalline Angélica de Paula Santos

**120 REGISTROS EM PORTFÓLIO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA NA GESTÃO DO CUIDADO: EXPERIÊNCIA DO PLANIFICASUS EM UM AMBULATÓRIO PASA DO PARANÁ**

Patrícia Padilha Sobutka; Juliana Trinkaus Menon

**121 PROTOCOLO DE ACESSO: CONSTRUÇÃO DE UM DISPOSITIVO PARA ESTABELECE A COMUNICAÇÃO ASSERTIVA E O COMPARTILHAMENTO DOS FLUXOS PACTUADOS NUM AMBULATÓRIO PASA**

Patrícia Padilha Sobutka; Juliana Trinkaus Menon

**122 “TEM VÁRIOS ENTRAVES NESSE MEIO”: DESAFIOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS), VIA PLANIFICASUS, NA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ**

Emalline Angélica de Paula Santos; Gustavo Zambenedetti

**123 PLANIFICASUS PROMOVENDO A REESTRUTURAÇÃO DA APS**

Silvane do Carmo Gavronski

**124 A PROMOÇÃO DO PROTAGONISMO DOS PROFISSIONAIS DE DIFERENTES PONTOS DA REDE POR MEIO DE OFICINAS PARA A CONSTRUÇÃO DO ESCALONAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Amanda Menon Pelissoni; Vinicius Ramalho de Oliveira; Livia Lage Wagner; Simone Gomes de Lima dos Anjos; Marina Chansky Cohen; Joana Moscoso Teixeira de Mendonça



- 125 FORTALECIMENTO DO MACROPROCESSO EDUCACIONAL COMO GERADOR DE VALOR PARA A PLANIFICAÇÃO NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO TUCUMÃ NO BAIXO ACRE: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NA TUTORIA**  
Francisca Luzia Guimarães Cordeiro; Naiara da Costa Dias; Emanuelly de Sousa Nóbrega; Vilmar Canigja da Rocha Bandeira; Jeanne Raquel Freire; Raquel Freire Albuquerque
- 126 PLANIFICASUS: UM ENFOQUE NO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NA USF RONALDO ARAGÃO, NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO – RO**  
Geortania Santos; Francisco Rodrigues
- 127 A INTEGRAÇÃO ENTRE GESTORES DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DA CIDADE DE UBERLÂNDIA (MG) – ATENÇÃO PRIMÁRIA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM OLHAR PARA A UNICIDADE**  
Sheylla Bezerra Aguiar; Ana Rita de Faria; Daniela Coelho Borges
- 128 O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA RAS BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANIFICASUS/PA**  
Luiza Emmanuelle Saraiva de Araújo
- 129 OFICINA DE CAPACITAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Viviane Derhon; Caroline Souza Prates; Jackeline da Rocha Vasques; Priscila Rodrigues Rabelo Lopes; Eliane Regina da Veiga Chomatas
- 130 AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REDE MATERNO-INFANTIL EM ITABAIANA/SE: DA CONSTRUÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA À EXECUÇÃO PLENA DE SEUS MACROPROCESSOS**  
Adriana Maria Figuerêdo Batista; José Santos; Milena Santos; Sandra Lapa
- 131 NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA: O CUIDADO INTEGRADO AO SERVIDOR DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA MATERNO-INFANTIL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL**  
Jeanne Raquel Freire de Albuquerque Miranda; Valéria Teixeira da Costa; Vilmar Canigja da Rocha Bandeira; Edileusa Barbosa da Costa; Francisca Luzia Guimarães Cordeiro; Naiara da Costa Dias
- 132 A METODOLOGIA DE PLANIFICAÇÃO COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA APROXIMAÇÃO DAS REDES ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DE DETERMINADA POPULAÇÃO**  
Emanuela Marques de Santana; Ana Lúcia Souza Leão Ávila
- 133 A INTEGRAÇÃO DA APS E AAE PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO FATOR POSITIVO NO CUIDADO COMPARTILHADO**  
Emanuela Marques de Santana; Ana Lúcia Souza Leão Ávila; Alexandra Silvestre Amaral; Lidiane Lima Regino; Karina Kelly de Oliveira
- 134 OUTUBRO ROSA E PREVINE BRASIL, UNINDO UMA AÇÃO PONTUAL, TRANSFORMANDO-A EM AÇÃO COLETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro; Fabíola Maria da Silva Aragão Lobos; Valéria Helena da Silva Vasconcelos; Patrícia Anas Veríssimo Melo de Farias; Torganna Rizomar Temoteo da Silva; Luciana Penha da Silva; Maria Eduarda da Silva Aragão Lobos; Morgana Valesca de Melo Bezerra
- 135 REALIZAÇÃO DE CURATIVO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, AMPLIANDO CONHECIMENTOS PARA PROPORCIONAR O FECHAMENTO DA LESÃO DE PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro; Valéria Helena da Silva Vasconcelos; Fabíola Maria da Silva Aragão Lobos; Reginaldo Moura da Silva Filho; Kátia Cilene Santos; Florisneide Maria da Silva Aragão; Maria José de Oliveira; Priscylla Ribas de Oliveira
- 136 EXPERIÊNCIA DO ANALISTA DA APS NA PLANIFICAÇÃO NA REGIÃO DE CAMAÇARI, BA**  
Livia Lima Nogueira dos Santos; Isabela Conceição Menezes; Laise Seixas de Abreu
- 137 TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NO APOIO MATRICIAL NA RAPS: UMA FERRAMENTA INDISPENSÁVEL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. UMA HERANÇA POSITIVA DA COVID-19**  
Rafaela Sales Medeiros; Flávia Fonseca Venâncio; Isabela Pechinim; Kaine da Silva Felipe; Luana Gasparelli Feitosa; José Gilberto Prates
- 138 POTENCIALIDADES NO USO DE FERRAMENTAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS NO MANEJO DO CUIDADO DE GESTANTE NO INTERIOR O MARAHÃO**  
Juciara Sampaio; Evelise Stella Magri Reis; Guilherme Barbosa Shimocomaqui; Ravena Miranda Rocha; Walyson Gustavo Silva de Freitas; Jordania Ferreira de Amorim; Marlanny da Silva Pereira Santos
- 139 RELATO DE EXPERIÊNCIA: ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Carlos Roberto de Faria; Vanessa Ferreira Duarte



**140 O CUIDADO COMPARTILHADO COM ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Fabricia Crystina da Cunha Ribeiro; Monica Cristina Queiroz Araújo; Edivania Silva de Sá; Luana Pereira Borges; Lindimar Oliveira Pereira; Mayra Andresa Soares da Silva; Raynara Carvalho Silva; Amanda Coutinho Vieira

**141 O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DA GESTANTE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

Antônia Genilda Sales Morais; Cleyce Paloma Moura Barros; Fancisca Rayanne Santos Lima; Rael Lourenço Barbosa Marinho; Vanda Pereira da Cruz

**142 ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO CONTÍNUA ENTRE APS E AAE NA LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO E DIABETES - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SUL DA BAHIA**

Simone Soares dos Santos; Jessica Santos de Souza; Aliny de Oliveira Pedrosa; Laís Pimenta Ribeiro dos Santos

**143 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE PÉ DIABÉTICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM MARCOS PARENTE**

Judith Carla Trajano Mousinho

**144 PARÓDIA SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO**

Simone Bezerra Barbosa

**145 SUPERVISÃO CLÍNICA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - SPDM - UBERLÂNDIA-MG**

Liliane Costa Borges Botelho; Ana Rita Faria; Fabiane Peixoto Cardoso; Fabiana Prado Silva; Daniela Coelho Borges; Carolina Paixão Guimarães Petraglia; Poliana Castro de Resende Bonati; Ana Marcia Evaristo Cunha

**146 PLANIFICASUS: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE COLINAS/MARANHÃO**

Marllany da Silva Pereira Santos; Walison Gustavo Silva de Freitas; Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes

SES - Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

**147 INOVAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM REDE: A POTENCIALIDADE DAS UNIDADES PERNAMBUCANAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra; Gilcilene Pretta Cani Ribeiro; Ana Carolina Coelho de Almeida; Ana Lúcia de Souza Leão Ávila; Maria Francisca Santos de Carvalho; Maria Aparecida de Souza; Karina Kelly de Oliveira; Renata Ribeiro Buarque Coutinho

**148 CAPS ADULTO PARAISÓPOLIS E A EXPERIÊNCIA DA PLANIFICAÇÃO**

Amanda Menon Pelissoni; Aline Fernandes de Rossi; Ana Alice Freire; Ana Carolina Rosa; Gustavo Camargo V. da Silva; Natalia Aquino Afonso; Renata do Nascimento Amorim

**149 A EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO: “FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO”**

Ana Paula Ribeiro Ferreira; Sanna Abigail de Jesus Mello

**150 ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR A UM IDOSO SEM AUTONOMIA FUNCIONAL: CONDUTA NÃO INSTITUCIONAL**

Michel Correia Viana; Debora Leticia Silva Gouvêa Viana

**151 A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO A GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Arislean Siqueira; Héliida Lessa de Aragão Cardoso; Gilmara Leal de Sousa

**152 COMPARTILHANDO O CUIDADO COM ESPECIALISTAS DE HOSPITAL DE EXCELÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA APS**

Paula Lima de Mesquita; Laís Guimarães; Maraisa Pereira Sena

**153 PLANIFICAÇÃO DA OBSTETRÍCIA DE ALTO RISCO DA REGIONAL DE SAÚDE DE SANTA INÊS NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DA POLICLÍNICA SANTA INÊS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA GESTÃO**

Jamila Oliveira do Nascimento; Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes

**154 ADAPTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS PARA PROMOÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MEIO DIGITAL - PROJETO TELNORDESTE**

Soraya Camargo Ito Suffert; Stephan Sperling; Duane Batista Rodrigues; Fernando Moreira Gonçalves; Tiago Kietzmann Penalves Rocha; Pedro Henrique Ribeiro Brandes; Beatriz de Faria Leao; Fabiane Raquel Motter

**155 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA TELNORDESTE NA UBS LAURO BARBOSA RIBEIRO**

Francisca Rayanne Santos Lima; Nathalia Lima Lindoso

**156 REDE VIX SAÚDE: REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA POR MEIO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE - RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CURSO**

Daniele Stange Calente



- 157 A INTEGRAÇÃO DE CUIDADO EM REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS) FAVORECENDO O CUIDADO CONTÍNUO DA PESSOA: EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA**  
Daniela Borges Coelho; Ana Rita de Faria; Diego Pereira Freire; Cynthia Stockler; Sheylla Bezerra Aguiar; Maisa Marques Duarte Gomes; Liliane Costa Borges Botelho; Poliana Castro de Resende Bonati
- 158 AUTOCUIDADO APOIADO COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA PERDA DE PESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
Karla Cardoso Coelho Campos; Inaê Eani Wanderley Oliveira; Sirlei Teixeira de Souza de Moura; Edinalva Pereira de Souza; Raimunda Franklin Lopes; Clenilda Aparecida dos Santos; Luiz Leonardo Louzada Nobrega
- 159 ELABORAÇÃO DA PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPS III DE CAXIAS - MA: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA PARA A AVALIAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL**  
Amanda Cristina de Sousa Costa
- 160 ORGANIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DO PROJETO PLANIFICASUS NA REGIÃO DE ITABAIANA-SE**  
Kyzze Correia Fontes; Bianca Fernanda Evangelista
- 161 IMPLANTAÇÃO DO COLEGIADO LOCAL NO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NUMA UNIDADE INTEGRADA**  
Viviane Scandiucci Mota; Karina Letticia Dantas Brito
- 163 NINHO DE CUIDADO: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PUÉRPERAS E AOS RECÉM-NASCIDOS NOS DOMICÍLIOS**  
Rosângela Nunes Almeida; Andréia Nunes Almeida Oliveira; Alison de Sousa Moreira; Daniela Reis Joaquim de Freitas; Nytale Lindsay Cardoso Portela; João Victor Lira Dias; Igor Souza Maia; Lawanda Kelly Matias de Macedo
- 164 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS PLANIFICADAS NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS**  
Rosângela Nunes Almeida; Andréia Nunes Almeida Oliveira; Lawanda Kelly Matias de Macedo; Daniela Reis Joaquim de Freitas; Alison de Sousa Moreira; Nytale Lindsay Cardoso Portela; João Victor Lira Dias; Isabela Maria Aguiar Cruz
- 165 A EXPERIÊNCIA DO PLANIFICASUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MOITA BONITA/SE**  
Gabriel Souza Santos ; Bianca Fernanda Evangelista
- 166 EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS 399 MUNICÍPIOS PARANAENSES**  
Maria Goretti David Lopes; Giseli da Rocha; Sidneya Marques; Jéssica Oliveira de Lima; Rosiane Aparecida da Silva
- 167 “CAFÉ COM IDEIAS”: A CONSTRUÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO POR MEIO DA DISCUSSÃO EM GRUPO**  
Hiago Daniel Herédia Luz; Eduardo Augusto Barbosa Figueiredo; Camila Gabriela Gonzalez; Reisla Delis Silva de Almeida; Amanda Ferreira; Meire Borges Farnezi Fernandes; Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro
- 168 AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS E MICROPROCESSOS BÁSICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARANOÁ 3: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Mariana Alencar Sales; Marina Weizenmann; Bráulio Vieira de Sousa Borges
- 169 O TERRITÓRIO E A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL NA REGIÃO DE ITABAIANA-SE**  
Bianca Fernanda Evangelista
- 170 A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Lidja Kalliny Gomes dos Santos; Ionara de Souza Januário; Glaucia Fernandes de Azevedo; Ana Cleide Alves da Silva Marcelino; Ana Lucia Barbosa da Silva; Lucia de Fatima da Silva; Maria do Carmo Pereira da Silva; Simone Gomes da Silva
- 171 A IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO E SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE NO ALCANCE DA TERRITORIALIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO POPULACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Maria Alice Siqueira de Oliveira da Silva; Milena Montardo Serri de Castro; Daniel Machado Paz; Ana Maria de Borba
- 172 “JORNADA NAS ESTRELAS - HELGA”: PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE POTENCIALIDADES**  
Matheus Rangel; Danielle Viana Ribeiro; Deborah Schmidt Pontano
- 173 COLEGIADO LOCAL - HELGA: UM NOVO OLHAR PARA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS**  
Danielle Viana Ribeiro; Deborah Schmidt Pontano; Matheus Rangel



- 174 APRIMORAMENTO DA RETERRITORIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS JARDIM DAS PALMAS ESMERADO NA GESTÃO DE BASE POPULACIONAL VISANDO A MELHORIA DO ACESSO**  
Paloma Ribeiro Luna Dourado Arima; Nanci Vaquero; Priscila Senna Mayrbauri; Maria Teresa Rosa; Najila da Rocha Santos; Bruna Caroline Viana da Silva; Rodrigo Ribeiro; Marcelo de Mesquita Spinola
- 175 DESAFIOS DA INFORMATIZAÇÃO NO PROCESSO DE CADASTRO, ESTRATIFICAÇÃO RISCO FAMILIAR E RISCO DAS SUBPOPULAÇÕES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Andreas Brehme Monteiro de Carvalho; Laise Cristina de Seixas Lisboa Abreu; Irlene do Nascimento França
- 176 MELHORIA DO ACESSO POR MEIO DA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR SUL EM UBERLÂNDIA-MG**  
Melyne Serralha Rocha; Rubia Pereira Barra
- 177 A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE BOMBINHAS-SC**  
Marluci dos Santos Gonçalves
- 178 A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE BOMBINHAS: ATENDIMENTO NA COMUNIDADE DA PRAIA DA TAINHA**  
Marluci dos Santos Gonçalves; Paola Martins Ozório Cristofari; Mimária Fernanda Brás; Mariane Maria Antônia Borges; Juçara Eloiza da Silva
- 179 TÃO BÃO PLANIFICAR!**  
Sheila Cristina de Souza Pinheiro
- 180 PLANIFICASUS EM PERNAMBUCO: INOVAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS**  
Maria Janailma Souza Santos; Aline Cordeiro Cavalcante; Paula Vanessa Holanda da Silva; Ana Carolina Coelho de Almeida; Renata Ribeiro Buarque Coutinho
- 181 AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Aline Leopoldina Silva; Ana Luiza Rodrigues Inácio; Larissa Peres; Melyne Serralha Rocha; Rúbia Pereira Barra
- 182 MATRICIAMENTO COMO TECNOLOGIA NA EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO EM EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**  
Aline Leopoldina Silva; Ana Luiza Rodrigues Inácio; Larissa Peres; Melyne Serralha Rocha; Rubia Barra
- 183 PROJETO SAÚDE EM REDE: REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO DA LIMEIRA-MG**  
Miriam de Oliveira Ávila Moreira; Renata Cristina Aparecida Silva
- 184 VACINAÇÃO EXTRAMUROS COMO ESTRATÉGIA PARA DIMINUIÇÃO DA TAXA DE VACINAS ATRASADAS EM CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS**  
Francineide das Chagas do Nascimento Sousa
- 185 A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: IMPACTO PARA A PUERICULTURA EM UM MUNICÍPIO NO MARANHÃO**  
Emília Priscila Andrade dos Santos E Silva; Marisa Araújo Costa; Erlanne Lívia Dias Batista; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Elane Maria Azevedo dos Reis; Erick Michell Bezerra Oliveira; Andreia Nunes Almeida Oliveira; Shirley Dayane Santana da Silva Almones
- 186 DIVULGA APS: O USO DA RÁDIO COMO ESTRATÉGIA DE INFORMAÇÃO COLETIVA DA SAÚDE EM UMA CIDADE DO MARANHÃO**  
Marisa Araújo Costa; Andreia Nunes Almeida Oliveira; Nytale Lindsay Cardoso Portela; Erlanne Lívia Dias Batista; Shirley Dayane Santana da Silva Almones; Elane Maria Azevedo dos Reis; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida; Erick Michell Bezerra Oliveira
- 187 PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA METÁFORA DA CASA**  
Naipy Abreu Brunozi
- 188 ESTRATÉGIAS PARA IMUNIZAÇÃO DE COVID-19 EM REGIÕES RIBEIRINHAS**  
Luana Almeida dos Santos; Erli Marta Reis da Silva; Irlane Maria Figueira da Silva
- 189 “INTENSIVÃO DO PLANIFICASUS”: ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DOS COLEGIADOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE (PR)**  
Patrícia de Oliveira dos Santos; Josehelen de Godoy; Chaiany Colpo Spricigo Philippsen; Mariah Neves Pereira
- 190 TERRITÓRIO E SAÚDE INDÍGENA: VIVÊNCIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM UMA ALDEIA DE GUARULHOS-SP**  
Carla Rafaela Donegá; Rosamaria Rodrigues Garcia
- 191 DO SONHO À ADESÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIONAL DE SAÚDE DO BAIXO ACRE**  
Emanuelly de Sousa Nóbrega



**192 SALA DE SITUAÇÃO DOS INDICADORES DA POLICLÍNICA TUCUMÃ: “DATA ANALYTICS” PARA A GESTÃO DO TRABALHO COM O PLANIFICASUS NO ESTADO DO ACRE**

Emanuelly de Sousa Nóbrega; Maria Augusta Moreira Mesquita; Graciele Menezes da Costa; Luciana Oliveira Carvalho

**193 EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM 100% DAS UNIDADES NO MUNICÍPIO DE COLINAS: AVANÇOS E DESAFIOS**

Walyson Gustavo Silva de Freitas; Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes; Evelise Stella Magri Reis

**194 A PLANIFICAÇÃO COMO PROCESSO FACILITADOR DA TERRITORIALIZAÇÃO NA UNIDADE JOÃO PAULO II NO MUNICÍPIO DE COELHO NETO/MA**

José Carlos Lopes Magalhaes

**195 CURSO DE CURTA DURAÇÃO “PROMOÇÃO DA SAÚDE: HISTÓRIA, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS”**

Daniela Souza Lima Campos; Luisa Azeredo Silveira; Cristiane Roberta Pinto Tomaz; Conceição Aparecida Moreira; Carolina Guimarães Marra Nascimento; Nayara Resende Pena; Joseane Mariluz Martins de Carvalho

**196 A REORGANIZAÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO COM BASE POPULACIONAL EM JACARAÚ-PB**

Monique Talita de Pontes; Cássia de Andrade Araújo; Tânia Berbert Ferreira Lima; Railda de Almeida Gomes; Flattyson de Assis Salvador; Maria Luciene de Silva; Maria Aparecida Batista da Motta Pessoa; Gilvando Marinho de Souza

**197 A INTRODUÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO COMO FERRAMENTA DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO NA UNIDADE DE MATO BRANCO EM IMBITUVA-PR**

Viviane Malaquias Fogaça; Mariana Machado dos Santos Pereira; Jessica Cabral do Nascimento; Daniel Fabiano Correia

**198 AUTOMATIZAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI**

Salomão Eineck Júnior; Daiane Linz da Silva de Jesus; Roseni Terezinha Firmino; Alexandre Bertoni; Jessica Rasquim Araújo; Analaura Ribeiro Pereira; Daniela Rosa de Oliveira

**199 A CONSTRUÇÃO DE DIRETRIZES PARA A PRÁTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA APS ALINHADA AO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Daniella Sampaio Zorzi; Andrea Christina Borella; Marina Chansky Cohen; Maira Rodrigues da Silva; Diogo Cesar Miranda; Thais Pico Pujol; Laudicelia Gusmão de Lima; Gabriel Marotto Avelaneda

**200 CANTANDO A GESTÃO DA CLÍNICA**

Gabriela Piazza Pinto; Andriely Gomes dos Santos; Francielly Rosiani da Silva; Tatiana Moura Coelho Pinheiro; Danielle Angélica de Oliveira Nascimento

**201 A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS EM SAÚDE PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS**

Daniely Casagrande Borges; Letícia Stanczyk; Tamara Zubko Martins; Fernanda Torres de Carvalho; Jonatan da Rosa Pereira da Silva; Everton Cristian Morais; Pericles Stehmann Nunes; Jackeline da Rocha Vasques

**202 O PROCESSO DE TUTORIA: ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REGIONAL DO BAIXO ACRE E PURUS**

Valéria Teixeira da Costa; Leila Maria da Silva Lopes; Ana Maria da Silva Alves

**203 PLANIFICASUS: UM NOVO OLHAR PARA AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PONTA GROSSA-PR**

Paola de Farias Gomes Martins; Francielly de Souza Campos

**204 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO COMO POTENCIALIZADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARÁ**

Aurilívia Carolinne Lima Barros; Silma Gomes da Silva; Cláudia Lemos Vieira Lima; Eduardo Padilha Barros

**205 ATENDIMENTO MÓVEL DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE GAMELEIRA DE GOIÁS**

Celita Maria Lobo; Sonia Faustino

**206 CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO NA UNIDADE RUBENS NORBERTO SOARES DO MUNICÍPIO DE OURÉM ATRAVÉS DO PLANIFICASUS**

Luan Brasil dos Reis

**207 POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO À SAÚDE EM ITABAIANA/SE: FORTALECENDO MACROPROCESSOS BÁSICOS NA APS**

Adriana Maria Figuerêdo Batista; José Suelton Luiz Costa dos Santos; Milena Katrine Andrade Santos; Willianne Tâmara Conceição dos Santos; Sabrina Manoeli Rezende dos Santos; Ingridy Brunelly Matos de Andrade



**208 MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E MONITORAMENTO DA REGIÃO PELO SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Jeovana de Moura Sousa; Egislane da Silva Sales; Aliny de Oliveira Pedrosa; Juliana Lima Costa de Souza; Milene da Conceição Costa; Helia Cristina Alves Vieira; Kalyanne Maria Nogueira Paiva; Maraisa Pereira Sena

**209 IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO DE HIPERUTILIZADORES COMO POTENCIALIZADOR DA GESTÃO DO CUIDADO E DA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA NA UNIDADE REGINALDO ROMARIZ EM CAPANEMA/PA**

Natália Brito de Castro; Alessandra Rodrigues

**210 USO DE APLICATIVO DE TROCA DE MENSAGEM NA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Vanessa Ferreira Duarte

**211 PLANIFICA SOB ÓPTICA DA ACS**

Luciana Meneses Borges Botelho; Claudia Monteiro; Felipe Fragoso; Janaina Rosário de Jesus; Camila Marcela da Conceição; Ivani Oliveira; Renata Ricci de Oliveira

**212 VISITA DO ACS: COMO VAI VOCÊ?**

Luciana Meneses Borges Botelho; Claudia Monteiro; Ivani Oliveira; Camila Marcela da Conceição; Janaina Rosário de Jesus; Carla Pereira Barreto; Felipe Fragoso; Giovana Takara

**213 GT: AGENTE COMUNITÁRIA EM AÇÃO**

Carla Pereira Barreto; Rosana Rocha Santos; Janaina Rosário de Jesus; Adriana Oliveira Mendes; Gabrielle Albuquerque Silva; Gilmara Rodrigues Laurentino Leal; Leticia Yamakawa de Almeida; Felipe Fragoso

**214 PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: INICIATIVA INTERSETORIAL ESTRATÉGICA PARA O ACESSO DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Carla Pereira Barreto; Fabio Hidalgo Valente Bordalo; Felipe Fragoso; Viviane Casagrande; Janaína da Silva Alves; Renata Ricci de Oliveira; Valéria Dias; Leticia Yamakawa de Almeida

**215 SENSIBILIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE JUNTO AO CALENDÁRIO VACINAL NAS CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS**

Fabricia Crystina da Cunha Ribeiro; Monica Cristina Queiroz Araújo; Edivania Silva de Sá; Emanuelle Miranda Leal Lima; Lindimar Oliveira Pereira; Luana Pereira Borges

**216 A TERRITORIALIZAÇÃO E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL**

Celiane Pereira da Silva e Silva; Marcio Henrique Sampaio Barbosa de Souza

**217 APLICAÇÃO TECNOLOGIA DURA E AMBIÊNCIA**

Celiane Pereira da Silva e Silva; Marcio Henrique Sampaio Barbosa de Souza

**218 AVANÇOS ORGANIZACIONAIS NA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA PERNAMBUCO**

Ana Cláudia Silva Bezerra; Alice Azevedo de Souza; Edilene de Castro Chaves; Maria Aparecida de Souza; Thamyris Vieira de Barros

**219 A POTÊNCIA DO COLEGIADO LOCAL NA ORGANIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DE AÇÕES NO SERVIÇO DE SAÚDE**

Beatriz da Cruz Barcellos Nunes; Talita Rewa; Juliana Molinas Acosta; Francisco Mailton de Souza Pinho; Andreza Cristina Muniz de Oliveira; Luciana Ferreira de Oliveira; Aline Tabat Correia de Souza; Michelle Medeiros de Lima

**220 PLANIFICANDO O TERRITÓRIO: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO**

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra; Gilcilene Pretta Cani Ribeiro; Ana Carolina Coelho de Almeida; Maria Francisca Santos de Carvalho; Paulo Caesar Oliveira Santos; Renata Ribeiro Buarque Coutinho; Silvana Patrícia Figuerêdo Silva Monteiro; Suellen D'andrade Cruz

**221 PLANIFICASUS TECENDO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Paulo César Oliveira Santos

**222 OS BENEFÍCIOS DO PLANIFICASUS NA UNIDADE LABORATÓRIO DE AQUIDAUANA MATO GROSSO DO SUL**

Daniele Ferreira de Souza

**223 O IMPACTO QUE A QUALIFICAÇÃO DO CADASTRO E TERRITORIALIZAÇÃO CAUSOU NA UNIDADE LABORATÓRIO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA MATO GROSSO DO SUL**

Daniele Ferreira de Souza

**224 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DO MUNICÍPIO DE COLINAS, MARANHÃO**

Liliane Neves Carvalho; Francisca Natalia Alves Pinheiro; Soliane da Silva Monteiro

**225 QUEBRANDO OS PARADIGMAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO DE UM ESTADO DO SUL DO BRASIL**

Jackeline da Rocha Vasques; Priscila Rodrigues Rabelo Lopes; Eliane Regina da Veiga Chomatas; Leane Carvalho Machado; Daniely Casagrande Borges; Fernanda Torres de Carvalho



**226 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA – MUNICÍPIO DE POÇO VERDE-SE**

Paloma Rodrigues da Silva; Ana Lucia Sousa Nascimento Melo

**227 A UTILIZAÇÃO DO GEOPROCESSAMENTO NA IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO, USUÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE, EQUIPAMENTOS SOCIAIS, ÁREAS DE RISCOS E ESTRATIFICAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO MAPA DE COBERTURA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF**

Helena Alves da Silva Junior

**228 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENGAJAMENTO EM GRUPO TUTORIAL, DO CICLO 2 PLANIFICASUS, NUMA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA ATIVA**

Afonso Luís Puig Pereira; Luana Santos de Camargo

**229 PLANIFICASUS NA REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA MAMORÉ: POTENCIALIDADES E DESAFIOS**

Clenilda Aparecida dos Santos; Jarbas Galdino Bandeira; Patrícia Juliana dos Santos Nienow; Wanessa Carvalho Prado Ida; Marta Maria Oliveira Duarte; Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Danuza Barros Gomes

**230 APLICAÇÃO DA ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Clenilda Aparecida dos Santos; Sachanna Mychelly Morais Torres; Madeleine Lais Soares Fernandes de Lima; Gleide Pimentel Alvarado Malaquias; Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Danuza Barros Gomes

**231 POTENCIALIDADES NO USO DO BLOCO DE HORAS PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO NO BAIXO AMAZONAS**

Leidiane Santarém Valente; Juciara de Oliveira Sampaio; Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Guilherme Barbosa Shimocomaqui; Aldecy de Almeida Bezerra Silva

**232 UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADES LÚDICAS, NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO, PROMOÇÃO E ORIENTAÇÃO EM SAÚDE NAS UBSFS**

Laísa Paula Alves; Lorena Afonso Borges; Ana Rita de Faria; Ariane Meira Gonçalves; Cynthia Stockler; Elky Cecília Freitas de Sousa

**233 RESGATANDO OS MACRO E MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS, COM ÊNFASE NO TERRITÓRIO – UMA RELEITURA DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS APÓS PANDEMIA DO COVID-19 NA CLÍNICA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA HORA EM CAMPO DO BRITO/SE**

Milena dos Anjos Castro Lessa; Kyzze Correia Fontes; Sandra Messias de Andrade

**234 DESAFIOS E SUPERAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DO BAIXO AMAZONAS**

Leidiane Santarém Valente; Sonaira Serrão Castro Ribeiro; Juciara de Oliveira Sampaio; Guilherme Barbosa Shimocomaqui; Aldecy de Almeida Bezerra Silva

**235 RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PLANIFICAÇÃO: SOLUÇÃO PARA CADASTROS DUPLICADOS NA BASE LOCAL DO TERRITÓRIO UTILIZANDO PEC E POSTGRES**

Luiz Carlos Fonseca da Câmara

**236 OS OBSTÁCULOS DA IMPLANTAÇÃO DO BLOCO DE HORAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PARNARAMA-MA**

André Luiz de Oliveira; Joyce Driely Carvalho Silva; Ivana Beatriz Lima Santos; Sheysa Carneiro de Almeida; Cintia Barbosa Leal; Tchalysson Rodrigo Alves Gomes; Luan Sabriny Santos Miranda

**237 SALA DE SITUAÇÃO: UM ESPAÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Viviane Scandiucci Mota; Karina Letticia Dantas Brito

**238 LANDRI SALES É DESTAQUE NO PREVINE BRASIL PELA TERRITORIALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS CADASTROS**

Kellyce de Miranda Sousa

**239 CONSTRUÇÃO DO MAPA DE TERRITÓRIO COMO FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Karla Yasmine da Silva Braga; Antônio Sousa Silva; Maria Daiane Lima Menezes; Sileia de Nazaré Silva; Dilcileia Santos Silva; Rogério Silva da Silva

**240 ONDE ESTAMOS, ONDE QUEREMOS CHEGAR E O QUE FAREMOS PARA CHEGAR**

Anne Karolyne da Silva Monteiro

**241 REFLEXÕES SOBRE A IMUNIZAÇÃO**

Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza

**242 IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO E-SUS TERRITÓRIO**

Meirylene dos Santos Ferreira; Jakelinne Reis Sousa Vilanova; Marilena Camargo de Freitas; Lucilene Ribeiro da Silva

**244 APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL (IVFC 20) EM IDOSOS DO TERRITÓRIO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Raquel dos Santos Lima; Mayanny da Silva Lima Barbosa; Juliana Chaves; Ana Priscila; Jeronimo Abreu; Vanessa Kely; Francisco Alisson; Marisa Araújo



**245 TESTE MORISKY-GREEN VERSUS LÚDICO NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: UM MODELO PARA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Rosângela Nunes Almeida; Alison de Sousa Moreira; Paula Costa Martins; Andréia Nunes Almeida Oliveira; Nytales Lindsay Cardoso Portela; Daniela Reis Joaquim de Freitas; João Victor Lira Dias; Isabela Maria Aguiar Cruz

**246 COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO E COMUNICAÇÃO EFETIVA NA REDE**

Letícia Santos Gomes; Renata Natoeli dos Santos Barros; Ana Karoliny Rodrigues Abreu; Francisca Maria Rodrigues Costa; Santília Conceição Gomes dos Santos; Aliny de Oliveira Pedrosa; Kelle Yasmin Pimentel Torres; Jôcilene Martins Souza

**247 MATRICIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TIMON-MA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ana Karoliny Rodrigues Abreu; Letícia Gomes; Aliny Pedrosa; Renata Barros; Francisca Costa; Santília Santos; Kelle Torres; Jôcilene Souza

**248 A IMPORTÂNCIA DE GARANTIR O SUPORTE NUTRICIONAL ÀS GESTANTES DE BAIXA RENDA POR MEIO DE PARCEIRAS COM INSTITUIÇÕES PRIVADAS**

Thamara Caroline Thomazi; Raquel Patrícia Campos Martins de Oliveira; Juliana Rodrigues Freitas

**249 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Emanuele Trindade Santos Mota

**250 AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VACINAÇÃO: OFICINA DE FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS E AÇÕES EM IMUNIZAÇÕES**

Juliana Zenaro Rodrigues; Beatriz Amaro Rocha; Noeny Pereira de Sousa; Debora Aparecida Silva Santos; Amelia Leonel Pereira; Wesley Francisco da Silva Rosa; Adriana de Oliveira Camargo

**251 PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS MAIS SEGURAS POR MEIO DAS AÇÕES DO PLANIFICASUS E DO SAÚDE MENTAL NA APS NO ESTADO DO MARANHÃO**

Elaine Cristina Melo Faria; Guilherme Barbosa Shimocomaqui; Lívia Schunk Pereira; Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes; Mayrlan Ribeiro Avelar; Luiz Leonardo Louzada Nobrega; Ravena Miranda Rocha

**252 O PAPEL DO NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA NO FORTALECIMENTO DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Aliny de Oliveira Pedrosa; Egislane da Silva Sales; Milene da Conceição Costa; Nelzi Maria Silva de Azevedo Rego; Jeovana de Moura Sousa; Maraisa Pereira Sena; Jozilma Pereira de Araújo; Kalyanne Maria Nogueira Paiva

**253 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA BEBÊS: GARANTINDO DESDE CEDO ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE BUCAL NA APS**

João Nunes Alves de Almeida Neto; Maraisa Pereira Sena; Gilmar Francisca Bezerra Melo

**254 PRIMEIROS SOCORROS EM UMA ALDEIA MULTIÉTNICA NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS-SP: CAPACITAÇÃO E PROTAGONISMO INDÍGENA**

Carla Rafaela Donegá; Rosamaria Rodrigues Garcia

**255 DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE APOIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF PARA PACIENTES DIALÍTICOS**

Joice Vieira Cabral; Fernando Arantes Dantas; Julia Beatriz Dani Rinaldi

**256 PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Silvia Ferreira Bortoto; Jacira Xavier de Carvalho; Mozania Reis de Matos; Márcia Silva Queiroz

**257 AS SALAS DE VACINAS E AS PRÁTICAS SEGURAS DA IMUNIZAÇÃO NA 14 REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA**

Railda de Almeida Gomes; Tania Berbert Ferreira Lima; Cassia de Andrade Araújo; Giovanna Cavalcanti de Sousa; Leyliane Cristina Alves Pereira; Nyele Nelbe Nobrega de Lucena Santos; Maria Izabel Ferreira Sarmento; Talita Tavares Alves de Almeida

**258 IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADE E CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Aline Leopoldina Silva; Ana Luiza Rodrigues Inácio; Larissa Peres; Melyne Serralha Rocha; Rúbia Pereira Barra

**259 IMPLANTAÇÃO DO PROJETO GESTAR NA MATERNIDADE BARBARA HELIODORA EM RIO BRANCO, ACRE, BRASIL**

Laura Elisa Pontes Soares; Gilmar de Araújo Farias; Milena Lima Dias; Ângela Cristina Marangon; Jara Isva Barbosa Rodrigues; Carolina Soares



**260 RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O NÚCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA (NPV) E AS MULHERES TRANS EM UM CAPS AD III NA CIDADE DE SÃO PAULO**

Flávia Meirelles Israel

**261 FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA**

Ana Márcia Evaristo Cunha; Izabela Queiroz Rocha Oliveira; José Henrique Lopo Barros; Eliane Maria Ferreira Lopes; Daniela Coelho Borges; Poliana Castro de Resende Bonati; Ana Rita de Faria

**262 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DA LINHA DE CUIDADO DA CIRURGIA BARIÁTRICA COMO ALIADA NO COMBATE A INCIDENTES CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Yago Moises Larrat; Arline Cybelle Barcellos Faccin; Alexandra dos Santos do Carmo; Luciana Cristina da Costa Gomes; Giovanni Luis Padão Merenda; Carlos Armando Ribeiro dos Santos; Tatiara Barreto Varela Barreto Varela; Caio Vinícius Botelho Brito

**263 IDENTIFICAÇÃO DE SUBNOTIFICAÇÃO DE FLEBITE POR MEIO DA VIGILÂNCIA FARMACOLÓGICA**

Yago Moises Larrat; Arline Cybelle Barcellos Faccin; Alexandra dos Santos do Carmo; Lourival Lourival Freitas da Silva Netto; Leonardo Silva Lima; Giovanni Luis Padão Merenda; Caio Vinícius Botelho Brito

**264 ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE METILFENIDATO NO CAPS INFANTOJUVENIL II CAMPO LIMPO**

Janaina de Jesus Costa Miranda; Simone Gomes Lima dos Anjos; Munique Bertoni Lima da Silva; Karoline Potrich Pereira

**265 RELATO DE EXPERIÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO COM ANQUILOGLOSSIA E TESTE DA LINGUINHA COMO PREVENÇÃO AO DESMAME PRECOCE EM UBERLÂNDIA-MG**

Eliane Maria Ferreira Lopes; Izabela Queiroz Rocha Oliveira; Daniela Coelho Borges; Mariana Borges Paiva; Ana Rita Faria; José Henrique Lopo Barros; Fátima Cristina Cheik Costantin; Ana Márcia Evaristo Cunha

**266 “CINTURA DE PILÃO”: RELATANDO EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA MULHERES EM ZONA RURAL DE MUNICÍPIO MARANHENSE**

Ielda Pereira Rodrigues; Rogério Cruz Mendes; Maraisa Sena

**267 ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA POR PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FORTALECENDO A PRÁTICA PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS**

Railson Borges Alencar Melo; Caliane Matos da Silva Pinheiro; Maraisa Pereira Sena; Aline Beatriz Rocha Paula

**268 PROMOÇÃO DO USO DA MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PROJETO TELENORDESTE**

Ana Christina Vellozo Caluza; Stephan Sperling; Sabrina Dalbosco Gadenz; Fabiane Raquel Motter

**269 SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Clenilda Aparecida dos Santos; Jarbas Galdino Bandeira; Rosa Maria Ferreira de Almeida; Adriana Tavares Hang; Luiz Leonardo Louzada Nobrega, Priscilla Perez da Silva Pereira, Danuza Barros Gomes

**270 IMPLANTAÇÃO DE FLUXO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Maria Fernanda Borro Bijella; Raimunda Franklin Lopes; Thalita Fernandes Cardoso; Clenilda Aparecida dos Santos; Adriana Tavares Hang

**271 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS PACIENTES COM PTS NÃO INTENSIVO**

Simone Gomes de Lima dos Anjos; Daniella Sampaio Zorzi; Karoline Potrich Pereira; Paulo Maurício Menezes Nunes; Patrícia Crucello da Silva; Madalena Rosaria Rodrigues da Silva; Lenilson Cruz de Souza; Alexsander Paixão Vicentin

**272 SEGURANÇA DO PACIENTE X HUMANIZAÇÃO NA RAS**

Daniela de Oliveira Souza

**273 SENSIBILIZAÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

Viviane Scandiucci Mota; Ana Paula Rodrigues de Brito; Karina Letticia Dantas Brito; Marina Fini de Souza; Priscila Garcia de Oliveira; Maria Clara Augusto Freitas; Patrícia Barbosa dos Santos

**274 O BLOCO DE HORAS APRESENTADO EM 3:51 MINUTOS**

Antônia Adriana Oliveira Farias

**275 A UTILIZAÇÃO DO MODELO DE MELHORIA NA IMPLANTAÇÃO DA PAS EM UMA REGIÃO NO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME DE CONSULTOR E FACILITADORES**

Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza; Larissa Maciel de Almeida; Livia Lima Nogueira dos Santos; Rubenilson Luna Matos



## APÊNDICE

### A Planificação em Repente

Ana Angélica  
Zélia Lins  
Isadora Souza

1. *Atenção, povo de Deus, que já vamos começar  
A primeira conferência pra poder comemorar  
O grande encontro nacional de um evento da saúde  
Chamado planificação, com foco na atenção à saúde*

2. *Obrigado aos participantes e também aos palestrantes  
Aos que inscreveram trabalho e aos organizadores  
Mas temos que nos lembrar de pessoas mui queridas  
Falo de Márcio e Zezé, que de modo especial, aqui lhes  
dão as boas-vindas!*

3. *As boas-vindas são dadas e temos muito a contar  
Preparem seu coração, que a história é de arrepiar  
Pelas mãos de um compositor, foi que tudo começou  
Eugênio Vilaça Mendes que a PAS idealizou*

4. *Logo vieram maestros pra melodia que compôs  
Somaram-se os arranjadores, a equipe de suporte,  
os que escreveram a partitura e os instrumentistas  
Seguiram Brasil à fora encantando os gestores  
E todos os trabalhadores, que a saúde assistia*

5. *A saúde assistia, pra promover qualidade,  
De todos que procuravam segundo a necessidade  
mas antes de tudo isso, muita coisa aconteceu  
Vamos lembrar agora o que a história escreveu*

6. *Antes só havia saúde para quem fosse contribuinte  
O INAMPS era luxo e os atendia com requinte  
Os agricultores, bem ou mal, no Funrural escapavam  
Os indigentes coitados, só tinham as Santas Casas que a  
todos eles tratavam*

7. *A todos eles tratavam até que algo aconteceu  
Uma reforma sanitária que a tudo precedeu  
A oitava conferência a nossa grande conquista  
Contribuiu com a constituinte, concreta e idealista*

8. *Bem longe do ideal, nasceram as NOBs SUS 91 e 93  
Criando os Fundos de Saúde, os conselhos e as leis  
orgânicas municipais  
Se nasceram para somar, é bem difícil acreditar  
Essas normas mais pareciam ter o desejo de dificultar*

9. *Depois vieram os PAMS, a rede FSESP e a SUCAM  
Com seus guardas e inspetores sanitários  
Tentando trabalhar pra corrigir a melodia  
Mas no fim, era só desarmonia...*

10. *O SUS é tão grande que nele coube diversas identidades  
De acesso aos ambulatórios, centro de saúde ou postinho  
Ao consultório do Dotô, unidade básica de saúde  
Cada qual com seu jeito de chamá-lo com carinho*

11. *E nessa caminhada apareceu novos conceitos  
A OPAS trouxe uns até bem aceitos  
Sistemas Locais de Saúde, distrito sanitário, regionais  
Esses eram os nomes que agora mais surgiam nos jornais*

12. *Rio Grande do Norte, Ceará, Bahia, Minas e Paraná  
Logo perceberam que esse negócio ia vingar  
Eles já conheciam o compositor Vilaça Mendes  
Trataram logo então de recursos humanos arranjar  
13. E Paulo Freire para essa dança convidado foi também  
O processo educativo, começaram a ensaiar  
Aprendemos com o Projeto Larga Escala da OPAS  
A como enfim problematizar*

14. *Com os Agentes de Saúde e enfermeiras do PACS  
Compreendemos o que era o PPLS  
Planejamento e Programação Local em Saúde  
Perguntando aos ACS: "de que as pessoas adoecem?"*

15. *E veio o Programa de Saúde da Família  
Timidamente em 10 localidades deste imenso país  
Pelo Introdutório todos passavam  
E assim a ideia de Equipe foi ficando sua raiz*

16. *A NOB 96 trouxe avanço na descentralização  
O que antes era nó górdio, agora era solução  
Os municípios tornaram-se plenos em sua gestão  
Fundo a fundo agora era os repasses para a Básica Atenção*

17. *Opiniões diferentes, pouco a pouco iam surgindo  
Uma turma defendia e outra era só baixaria  
Falta profissional, falta capacitação e tem baixa remuneração  
Era o que todos gritavam nos meios de comunicação*



18. *Os defensores aguerridos e fortes  
Não se deixavam esmorecer  
Usavam dinâmica, desenho e estórias  
O que preciso fosse para esse povo entender*
19. *Um novo desafio veio com PROESF e a PNAB  
100.000 era o número de habitantes  
Implantar o PSF em capitais de renome  
Era o que tinha de mais importante*
20. *A dúvida era uma só! O que é PSF?  
Colocar a família junta numa sala pra atender?  
Os que vieram do INAMPS, FSESP, municípios e estados  
Até o povo! Todos queriam entender*
21. *O “velho” não estava perdido  
Mas tinha que ser ressignificado  
E juntando tudo que foi bem-sucedido  
O conhecimento seria unificado*
22. *O que mais se ouvia dos prefeitos e secretários  
municipais  
Era “a verba desse programa vai acabar!”  
O CONASS veio em defesa da proposta  
“A Atenção Primária tem que continuar”*
23. *O 1º Seminário CONASS  
Em Sergipe aconteceu  
27 unidades da federação  
Uma inovadora carta escreveu*
24. *E por aí não parou  
Em Brasília a 1ª Oficina  
Na Bahia o 2º Seminário  
Foi um sucesso extraordinário*
25. *Pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão, um pacto  
aconteceu  
Dentre outras conquistas, o controle social enalteceu  
Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família  
Como ordenadora da rede de atenção à saúde, o Brasil  
enfim entendeu*
26. *Meus ouvintes, assim chegamos ao segundo ato dessa  
grande aventura  
O plano diretor de Minas Gerais, o CONASS adaptou  
Planificação da Atenção Primária à Saúde seria a estratégia  
E aos Estados apresentou*
27. *A “oficina mãe” da Planificação era a primeira a ocorrer  
Trazia a Rede de Atenção à Saúde com uma grande magnitude  
Apadrinhada por COSEMS, Universidades, Ministério e  
Escolas de Saúde Públicas  
Ampliava o seu alcance a uma grande longitude*
28. *Posteriormente foi replicada para as equipes estaduais  
E depois aos profissionais municipais  
No DF, Pernambuco, Goiás, Piauí e Tocantins  
A novidade chegou também no Espírito Santo, Santa  
Catarina,  
Mato Grosso e quiçá no Ceará*
29. *“Será que a moda pega?”  
Mais saúde para a população é a grande entrega!  
Aprove, aprove!  
Essa era a torcida pra Portaria 4-2-7-9*
30. *Aprovou e comprovou que a organização da Rede veio  
para ficar  
Agora é que a brincadeira de verdade vai começar!  
Dezesseis estados aderiram a Planificação  
Essa foi a grande sensação*
31. *De 2008 a 2013 houve uma grande expansão  
A temática materno infantil foi a priorização  
A implantação da Rede Cegonha fez que tudo isso  
crescesse  
Do Oiapoque ao Chuí, grande era o interesse*
32. *Realizar oficinas nos estados  
Formar grupos condutores  
Identificar facilitadores e incluir o corpo dirigente  
Tudo isso era por demais urgente!*
33. *Construir o Plano de Ação  
Insistir na noção de responsabilização  
E as oficinas?  
Operacionalizar a sua realização*
34. *Discutir providências políticas, técnicas e  
administrativas  
Adequar os textos para cada realidade  
Customizar oficinas segundo a necessidade  
Não era tarefa fácil, mas era prioridade!*
35. *Articular a agenda com a dos facilitadores  
Problematizar com base na andragogia  
Promover mudanças em trabalhadores e gestores  
Era o que se fazia dentro dessa melodia*
36. *Os resultados foram diversos  
Vou lhes contar nesses versos  
Houve estados que pararam na oficina de redes  
Teve lugar que foi retomado por até três vezes*
37. *Mas teve também muita coisa boa  
Inovação e expansão, ágeis como uma leoa  
Estados avançando processos  
Cantando e rumando ao sucesso*



38. *A Planificação da APS precisava avançar  
Laboratório de Inovação era evidência e veio pra clarear  
Em Minas, escolheu-se Samonte e Curitiba no Paraná  
Pesquisas comprovaram que grandes mudanças aconteceram  
por lá!*

39. *Como agora operacionalizar essa planificação?  
E onde tudo começar?  
Pensou-se então: Em Tauá, que fica lá no Ceará.  
O que fazer pra mudar e o processo multiplicar?  
Precisamos de um símbolo para o povo se apegar  
Aí surgiu a metáfora da casinha, que só veio pra agregar*

40. *Se você não sabia, agora vou te contar  
Reza a lenda que a casinha nasceu em um cozinhar  
“Dotô” Eugênio em um guardanapo começou a desenhar  
O que um dia seria o símbolo do SUS a planificar*

41. *Um movimento lúdico  
Para transformar o que era metódico  
Em algo muito mais melódico*

42. *A melodia virou uma grande construção  
Foi pensada uma estratégia para essa expansão  
O compositor virou arquiteto  
As notas e partituras, em macro e micro processos*

43. *Mas agora era preciso um ator especial  
O mestre de obra era, pois, fundamental  
Para ajudar as equipes, selecionaram tutores  
Que construiriam juntos e seriam mediadores*

44. *E por onde, então, iniciar os processos?  
Numa unidade básica, para servir de modelo rumo, ao  
sucesso  
Seria um Laboratório e os tutores teriam uma grande  
missão  
De nas outras unidades começar a expansão*

45. *O risco das gestantes era preciso estratificar  
Foi um Deus nos acuda, pois não havia pra onde as enviar  
Como garantir pré-natal sem a fila de regulação?  
Sem ter que negociar lugar com a moça da recepção...*

46. *Passa na Prefeitura pra carimbar o pedido!  
Ô meu Deus, mas isso não faz o menor sentido  
Precisávamos organizar os lugares especializados  
E assim, caros prezados, começa o **terceiro ato!***

47. *Lá em Samonte soubemos que sim era possível  
Bastava só uma mudança sensível  
Muitos dizem que é uma ideia faraônica  
O nome dele é Modelo de Atenção às Condições Crônicas*

48. *MACC é carinhosamente chamado  
Veio pra integrar e compartilhar o cuidado  
E assim criar unidade no cuidar  
Especialidade e APS agora juntas, para o SUS consolidar*

49. *Era necessário divulgar e mais adeptos conquistar  
Promovíamos eventos para as boas novas expandir  
E mais mitos desconstruir*

50. *Em Uberlândia instituiu-se o Centro colaborador  
Profissionais e gestores viajam, para nele se espelhar  
Pois lá é um laboratório, com muito repertório  
Fazendo planificação com muita dedicação*

51. *A messe era pequena, para ampliar o trabalho  
E não queríamos nada de quebra-galho  
Então veio o PROADSUS  
E o Einstein assume assim o PlanificaSUS*

52. *Mas... No meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha um vírus no meio do caminho  
A Pandemia soube parar o mundo, bem direitinho  
Com ela a fragilidade de decisões sem discernimento  
Sabíamos que contra o vírus tinha que ter embasamento  
Assim CONASS e CONASEMS se uniram em casamento  
E escreveram um Guia de Enfrentamento*

53. *Começou o trabalho à distância  
Viver do remoto essa era a circunstância  
As notícias de manhã, de noite e tarde  
Era só pedido de Deus me guarde*

54. *Aos poucos tudo foi se assentando  
E a vida normalizando  
A Planificação retornou  
Com o CONASS, Einstein e BP  
E em todo o Brasil se instalou*

55. *Agora, em conferência estamos todos a pensar  
Os avanços e desafios do que é “Planificar”  
Qual o tamanho desse trabalho e seus resultados  
Mas já podemos comemorar, pois seu sucesso vamos  
corroborar*

56. *E assim caros amigos  
Vamos aqui nos despedir  
Curtam bastante o evento  
E desculpem o longo tempo sem comedir*

57. *É que buscamos enaltecer  
O trabalho conjunto sem esmorecer  
Os que teimam em acreditar  
No SUS que é efetivo e que veio pra ficar!*



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Eixo:

**A Organização da Atenção à  
Saúde Mental na APS**



15-1

## REALIDADES DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE CAXIAS-MA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Mayanny da Silva Lima Barbosa<sup>1</sup>;  
Vanessa Kely Medeiros Silva  
Palhano<sup>2</sup>; Raquel dos Santos Lima<sup>2</sup>;  
Francisco Alisson da Silva Barbosa<sup>3</sup>;  
Marisa Araújo Costa<sup>4</sup>

<sup>1</sup> UFDPAR - Universidade Federal do Delta do Parnaíba

<sup>2</sup> UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>3</sup> FACEMA - Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão

<sup>4</sup> UFMA - Universidade Federal do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O trabalho da Estratégia em Saúde da Família (ESF) oportuniza a integração com a comunidade, possibilita conhecer as pessoas que ali residem e sua história de vida. **Descrição e objetivos:** Conforme o Ministério da Saúde, cerca de 3% da população em geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, enquanto, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2019). Descrever como tem sido a implantação da linha de cuidado em Saúde Mental em uma unidade de expansão de uma equipe de saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência acerca da implantação da linha de cuidado em Saúde Mental em uma Unidade Básica de Saúde. O projeto teve início em Caxias no corrente ano, nas unidades laboratório, sendo a UBS Mutirão uma das unidades de expansão. As atividades devem ser em agendas protegidas da equipe de saúde. O presente projeto está em curso no município para organização da rede. **Resultados/Implicação prática:** Frequentemente os usuários chegam às unidades referindo sofrimento e é necessário compreender que sofrimento não é igual a doença. Essa ideia é consenso em Saúde Mental e dessa forma, evitamos estigmas e possibilitamos o cuidado da pessoa que sofre, e não da doença (BRASIL, 2021). O projeto de implantação à linha de cuidado à Saúde Mental vem abrindo os olhos da equipe para a perspectiva de acolher e conduzir esses usuários e familiares. Como unidade de expansão, percebo a necessidade de identificar e conhecer quem são essas pessoas na área e onde estão esses usuários, dados assim ficam subnotificados e/ou acabam sendo perdidos, e a equipe não tem o controle, portanto, esses usuários ficam soltos e sem resolutiva e assistência. **Conclusão/Aprendizados:** As equipes de Saúde da Família estão sendo moldadas para vivenciar um novo cenário de acolhimento. Por fim, planeja-se a expansão desta metodologia de trabalho para as outras UBS do município de Caxias-MA, considerando a eficácia dessa, após a aplicação de todo processo, como apoiador e estabilizador de usuários com demanda de sofrimento psíquico na atenção básica.

**Palavras-chave:** Planificação, Saúde Mental, Atenção Básica.



21-4

## RASTREAMENTO DO RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Rosângela Nunes Almeida<sup>1,2</sup>; Paula Costa Martins<sup>1</sup>; Andréia Nunes Almeida<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Isabela Maria Aguiar Cruz<sup>2</sup>; Lawanda Kelly Matias de Macedo<sup>2</sup>; Daniela Reis Joaquim de Freitas<sup>3</sup>; Alison de Sousa Moreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Aldeias Altas-MA

<sup>2</sup> UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>3</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>4</sup> HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr. Rafael Seabra-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O suicídio representa o ato realizado por um indivíduo com intenção de provocar sua morte. Tal ação é norteada por diversos fatores, como história familiar de comportamentos suicidas, solidão e isolamento social, dependências sociais, físicas, mentais ou de fármacos e alcoolismo, doença terminal acompanhada por dor crônica, problemas sociais, econômicos e desgaste psicológico. Diante desses fatores, é necessário organizar a Saúde Mental na APS, com vistas ao rastreamento de ideação suicida, no primeiro o nível de atenção, que é a porta de entrada dos indivíduos e da coletividade para resolução dos problemas. **Descrição e objetivos:** Rastrear o risco de suicídio em adolescentes acompanhados na Atenção Primária à Saúde, no município de Aldeias Altas-MA. **Metodologia:** Participaram do estudo 316 adolescentes, com faixa etária variante entre 15 e 18 anos. Coletou-se os dados entre os meses de novembro a dezembro de 2021. O instrumento utilizado foi a Escala psicométrica IRIS (Índice de Risco de Suicídio), que avalia a ideação suicidas em pessoas, por meio de três características: sociodemográfica, contextos e esfera suicida. Agrupou-se os dados por categorias, apresentadas na Escala de IRIS: Grupo 1 - Risco inexistente ou reduzido; Grupo 2 - Risco intermédio e Grupo 3 - Risco elevado. Utilizou-se técnicas de estatísticas descritivas e testes estatísticos como o Chi-quadrado ( $X^2$ ) de Pearson e teste Exato de Fisher. O estudo foi aprovado com o CAAE 23091419.7.0000.5554. **Resultados/Implicação prática:** Prevaleceu a idade de 16 anos, com 32,3%. Houve predomínio sobre o sexo feminino com 61,4%. 13,9% disseram viver isolados, sem apoio familiar ou social, 31,6 % tiveram alguma perda marcante recentemente, 3,2% têm alguma doença física ou incapacitante que prejudicam suas atividades cotidianas. 9,5% declaram fazer uso abusivo de álcool ou outras substâncias, 10,8% têm algum tipo de doença psiquiátrica e destes 0,9% foram internados em decorrência dessa doença. 11,7% têm histórico de suicídio dentro da família. Quanto ao comportamento suicida, 19,3% demonstram um histórico pessoal em cometer o ato. Destes, 7,0% fizeram planos para de fato efetuar o suicídio através de meio letais, cartas de despedidas entre outros fatores. Percebeu-se significância estatística entre as variáveis. **Conclusão/Aprendizados:** Os resultados demonstram uma fragilidade quando ao seu cotidiano, uma vez que entre os adolescentes envolvidos no estudo quase um quinto (18,1%) manifestou comportamento para cometer o suicídio em decorrência de fatores pessoais, familiares e sociais.

**Palavras-chave:** Rastreamento, Risco, Suicídio, Adolescentes, Atenção Primária à Saúde.



25-1

## O IMPACTO DA PLANIFICAÇÃO NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL NO MARANHÃO

### Autores:

Paula Ramos Almeida Penha<sup>1</sup>;  
Isabelle Campos Morais Rego de  
Araújo<sup>1</sup>; Raissy de Oliveira e Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES - Secretaria de Estado da Saúde-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Maranhão pertence à região Nordeste do país, com 217 municípios, população de 7.153.262 pessoas e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,639. Existem 140 serviços especializados em Saúde Mental, 2.098 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde, 6.663 Agentes Comunitários de Saúde e 2.386 equipes de Saúde da Família, distribuídos nas 19 regiões de Saúde. Com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ganha relevância, articulando seus pontos de atenção, aumentando a resolutividade, evidenciando-se sua transversalidade aos ciclos de vida e aos níveis de complexidade. A APS, como coordenadora das redes e ordenadora do cuidado, é fundamental na assistência em Saúde Mental, considerando a territorialização e gestão de base populacional, centrada na pessoa. Contudo, a inserção da APS na RAPS ainda é incipiente e por isso a Secretaria de Estado da Saúde (SES), aderiu ao projeto *Saúde Mental na APS*, por meio da Planificação da Assistência em Saúde (PAS), uma estratégia de gestão, planejamento, organização e monitoramento. O projeto é executado por meio de oficinas com foco nos profissionais da APS e gestores das Secretarias Municipais de Saúde da Região e da SES. **Descrição e objetivos:** Integrar a APS à Atenção Especializada; estabelecer o ciclo do PDSA como ferramenta de gestão; instrumentalizar a gestão em Saúde Mental; aprimorar o apoio institucional às equipes da RAPS. **Metodologia:** O atingimento das metas dar-se-á pela incorporação do ciclo do PDSA com realização de reuniões periódicas para planejamento e monitoramento de atividades; instrumentalizando e criando indicadores. **Resultados/Implicação prática:** É possível observar impacto positivo com o uso do PDSA na sistematização do trabalho do DASM, facilitando a gestão com planejamento estratégico e monitoramento de ações de acordo com as necessidades do território. Modificou-se o apoio institucional, com escuta de todos os pontos de atenção da RAPS, focando no matriciamento. Elaborou-se o Guia de Saúde Mental para APS com foco no cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** Mesmo com o projeto em curso, percebe-se: evolução na organização dos processos de trabalho assegurando a APS como porta de entrada da RAPS; A importância de planejar, executar, acompanhar e monitorar ações estrategicamente. Destaca-se o apoio do consultor do projeto da PAS na sistematização da gestão. Os desafios são ampliar estas ações para todo estado e estruturar indicadores em Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Planificação, Atenção Primária, Saúde Mental, PDSA, Gestão.



30-1

## VIVENCIANDO UMA SEMANA NA UBS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autora:

Ana Elisa de Belotti<sup>1</sup>;Nogueira  
Baptista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Esta experiência se deu a partir da vivência da autora [fonoaudióloga, que atua no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil II (CAPS IJ)] em um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). **Descrição e objetivos:** Inspirada pelas práticas de programas de residência, estágios, *job rotation* e educação permanente *in loco*, a autora acompanhou as atividades de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de fortalecer as ações conjuntas desenvolvidas entre os serviços, por meio da aproximação com a prática cotidiana das equipes de Saúde da Família (eSF). Assim, o presente relato busca descrever a imersão de uma fonoaudióloga vinculada a um CAPS IJ em um serviço de APS. **Metodologia:** O CAPS IJ e a UBS, cenários desta experiência, estão localizados na região Sul do município de São Paulo e ambos administrados por gestão público-privada. Após a articulação entre a coordenadoras dos serviços, as atividades foram realizadas por um período de oito dias na UBS. Para isso, foi utilizada a metodologia de vivência/experiência *in loco* na qual a profissional acompanhou as práticas da UBS como observador e de modo ativo quando pertinente dentro da sua formação e habilidades técnicas, direcionado e acompanhado pela equipe da UBS. **Resultados/Implicação prática:** Dentre as ações desenvolvidas neste período, destacam-se o auxílio aos Agentes Comunitários de Saúde no cadastro de novas famílias do território, acompanhamento de visitas domiciliares, matriciamento em Saúde Mental de casos durante reunião de eSF e NASF e discussão de casos diversos em reuniões com eSF e NASF. Após essa experiência, houve mudança no modo de realização dos matriciamentos das UBSs de referência da autora, bem como qualificação nas discussões com a APS acerca de casos compartilhados e também dos momentos de avaliação de casos que passam pelo acolhimento no CAPS IJ. **Conclusão/Aprendizados:** O contato com o cotidiano de uma UBS fomentou oportunidades de reflexão e a revisão de práticas relacionadas à articulação entre os pontos da rede, além de oportunizar aproximação aos processos de trabalho da APS. Por fim, foi possível perceber esta atividade como potente ferramenta de desenvolvimento profissional, gerando novas possibilidades de aprimoramento para além da educação formal.

**Palavras-chave:** APS, RAPS, Saúde Mental, Atenção Primária, Vivência.



35-1

## CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I): AÇÕES DESENVOLVIDAS NO MUNICÍPIO DE ALDEIAS ALTAS – MA

### Autores:

Deniely da Silva dos Prazeres<sup>1</sup>; Diego Machado da Silva<sup>1</sup>; Fabiana de Lima Borba<sup>1</sup>; Livia Cristina da Silva Paiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde- Aldeias Altas-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O objetivo é apresentar ações desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial no Município de Aldeias Altas–MA, apresentando discussões em torno do fortalecimento de usuários assistidos na Saúde Mental. **Descrição e objetivos:** O CAPS I intitulado com o nome Moredson Cavalcante França, desde 22 de fevereiro de 2022, atende a clientela em sofrimento psíquico da zona urbana e rural do município com o objetivo de prestar um serviço de qualidade com vistas a proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com necessidades relacionadas aos transtornos mentais bem como aos seus familiares. **Metodologia:** Um estudo descritivo e retrospectivo, realizado com base no levantamento de análise documental, a fim de verificar os procedimentos e ações realizados. Com isso, foi constatado que é possível o CAPS desenvolver ações intersetoriais, multidisciplinares, de promoção e prevenção de agravos para a Saúde Mental, além de atenção à crise. A pesquisa também verificou a descrição de cada ação em separado, a fim de informar de forma precisa e clara, contextualizando o estudo para ampliar a visão do município para os outros estados. **Resultados/Implicação prática:** Para ser atendido no CAPS I pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família, ou por qualquer serviço. Quando a pessoa chega, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do nosso serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. A partir daí, se constrói conjuntamente uma estratégia ou um projeto terapêutico para cada usuário. **Conclusão/Aprendizados:** É possível ter uma nova forma de assistência, com cuidado individualizado, práticas intersetoriais, promoção do cuidado no território e inserção social que evitam a reprodução das marcas da cultura asilar, dessa forma, as abordagens sobre a desinstitucionalização e a Saúde Mental precisam ser mais amplamente discutidas com debates, políticas públicas e promoção de pesquisas.

**Palavras-chave:** Centro de Atenção Psicossocial CAPS I, Ações Desenvolvidas, Saúde Mental.



060-1

## A PORTA DE ENTRADA DO CUIDADO EM SOFRIMENTO MENTAL

### Autores:

Raissy de Oliveira Costa<sup>1</sup>; Paula Ramos Almeida Penha<sup>1</sup>; Isabelle Campos Morais Rego Araújo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESMA - Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Maranhão



**Descrição e objetivos:** Elaboração de um cordel para falar um pouco sobre o Projeto Saúde Mental na APS de forma lúdica e sob o olhar de uma tutora estadual. **Local da experiência:** Maranhão, Região de Caxias com 07 municípios: Afonso Cunha, Aldeias Altas, Buriti, Duque Bacelar, Caxias, Coelho Neto e São João do Sóter. Experiência observada em Caxias e Aldeias Altas. **Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho:** Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chaves:** Saúde, Mental, Atenção, Primária, Cuidado.

### I Conferência Nacional da Planificação da Atenção à Saúde

A todos cumprimento e aqui quero contar  
Sobre um projeto lindo e cuidadoso  
Sob o olhar dessa tutora nordestina  
Baseado nos livros de um senhor muito bondoso  
Que dedicou seu tempo e suor  
E sempre com olhar carinhoso

Projeto esse curioso e instigante  
A ser aplicado no Estado do Maranhão  
Em uma região de brava gente  
Que não arrega nem pro Cramunhão  
Que sempre topa e aceita o desafio  
Com empenho e muita dedicação

Mas qual o nome desse bendito?  
Já conto sem demora  
Chama Saúde mental na APS  
APS a “dona” de onde o povo mora  
Que organiza a casa e mostra o caminho  
Também daquele que no Caps faz hora

Como organizar esse cuidado integral  
Também daquele com sofrimento mental?  
Olhar ampliado meu povo!  
Somos biopsicossocial afinal  
Tudo reflete na mente e corpo da gente  
Então bora saber mais desse instrumental  
Foi dada a largada na região de Caxias  
Sete municípios à todo vapor  
Analistas, Tutores, profissionais de saúde  
Todos empenhados e à dispor  
Do tal projeto onde nasce medo e paixão.  
Trabalhão danado que chega a dar rubor

Como tutora já vejo mudanças  
Carinhas sedentas por conhecimento  
Daquele profissional que outrora precisava  
Apenas de um pouco mais de ensinamento  
Sobre esse dito apenas louco  
Mas que também tem sentimento

Imagina um pedaço de terra  
Onde se sabe cada plantinha que ali existe  
Com sua muitas particularidades  
Assim é territorialização da APS quando insiste  
Na organização dos processos de trabalho  
Onde a saúde mental também consiste

Saúde mental começa na APS  
Conhecedora de todos os seus clientes  
Seja um sofrimento mental leve ou moderado  
Mas principalmente aqueles mais persistentes  
Onde de forma sempre acolhedora  
Recebe com sorriso mostrando os dente

Tá curioso pra saber se dá futuro?  
Imagina a rede de saúde funcionando  
Dando a César o que é de César  
E a APS o cuidado provisionando  
Com muita sabedoria e destreza  
Saúde para população disseminando

Invista, persista e não desista  
Saúde no Brasil é para o todo  
Orgulho de ser tutora no projeto  
E minha fala não é um engodo  
Quero te fazer acreditar que vale a pena  
Todo esse incomodo.



101-1

## A REORGANIZAÇÃO DAS DEMANDAS DE PSIQUIATRIA DE BREJO DO PIAUI – EXECUÇÃO DO TELENORDESTE

### Autores:

Hemilly de Sousa Aguiar Ferreira<sup>1</sup>;  
Janaina Dias de Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UNINOVE - Centro Universitário Nove de Julho

<sup>2</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Diante de todas as dificuldades que as altas demandas das Unidades de Saúde encontram, o atendimento psiquiátrico tem sido uma delas. As filas para especialistas em vários territórios, que muitas vezes precisam se deslocar para centros distantes de suas residências. Dentro dessas necessidades surgiu o TeleNordeste, um projeto que tem por objetivo contribuir para minimizar um sério problema que afeta o país: o acompanhamento especializado de pacientes. Juntos, traçam e aplicam planos terapêuticos individualizados ao paciente, ajudando a diminuir o número de encaminhamentos e as filas de espera. **Descrição e objetivos:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente atendida no início da implantação do projeto no município e discorrer sobre sua evolução. **Metodologia:** O trabalho foi elaborado em forma descritiva “Relato de Caso”, e será apresentado por meio de “Pôster eletrônico” a ser enviado. **Resultados/Implicação prática:** Dona L.S.P, 48 anos, residente na zona rural. Diagnosticada com ansiedade generalizada no dia 13/01/2022, em seguida a psicóloga caracterizou: Sensação de Ansiedade. Paciente relatou que estava sem tomar a medicação há 5 meses. Com quadro de transtorno psíquico grave, foi encaminhada para o CAPS. Enquanto isso, estávamos recebendo o TeleNordeste, que deu-se em 24/08/2022. Após conhecer, agendamos um atendimento para D. Luzia com o esp. Psiquiatra. Paciente mal se comunicava com os profissionais, mas mesmo assim a consulta aconteceu. O especialista passou a medicação e pediu apoio da eSF para dar essa medicação pelo menos por 15 dias. Fomos acompanhando, notava-se uma melhora considerável da paciente. Um mês após sua primeira consulta, ela compareceu à Unidade de uma forma resplandecente, alegre, arrumada, acompanhada do marido. Hoje D. Luzia e seu esposo encontram-se bem, e vivem com saúde física e mental. **Conclusão/Aprendizados:** Notou-se uma diminuição do risco de piora do quadro dessa paciente e considerando a demanda altíssima para o CAPS que temos em nossa cidade, o TeleNordeste veio como solução master. Junto à Planificação da APS, temos tido melhores serviços de atendimento ao usuário do SUS.

**Palavras-chave:** Mental, Planificação, Psiquiatra, Saúde, TeleNordeste.



171-1

## PLANIFICAÇÃO E TELENORDESTE FORTALECENDO A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA APS

### Autores:

Hemilly de Sousa Aguiar Ferreira<sup>1</sup>;  
Janaina Dias<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UNINOVE - Universidade Nove de Julho

<sup>2</sup> UFIPI - Universidade Federal do Piauí

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Diante de todas as dificuldades que as altas demandas das Unidades de Saúde encontram, o atendimento psiquiátrico tem sido uma delas. As filas para especialistas em vários territórios, que muitas vezes precisam se deslocar para centros distantes de suas residências. Dentro dessas necessidades surgiu o TeleNordeste, um projeto que tem por objetivo contribuir para minimizar um sério problema que afeta o país: o acompanhamento especializado de pacientes. Juntos, traçam e aplicam planos terapêuticos individualizados ao paciente, ajudando a diminuir o número de encaminhamentos e as filas de espera. **Descrição e objetivos:** O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente atendida no início da implantação do projeto no município e discorrer sobre sua evolução. **Metodologia:** O trabalho foi elaborado em forma descritiva “Relato de Caso”, e será apresentado por meio de “Pôster eletrônico” a ser enviado. **Resultados/Implicação prática:** Dona L.S.P, 48 anos, em união estável, reside na zona rural da cidade, é acompanhada mensalmente por sua ACS Fernanda Valério. Em sua primeira consulta no dia 13/01/2022, com nossa médica da eSF, foi caracterizada como: Ansiedade Generalizada, em seguida foi feito o atendimento com a nossa psicóloga, que registrou durante seu atendimento como diagnóstico: Sensação de Ansiedade/Nervosismo. Mesmo tendo o apoio da equipe ESF, D. Luzia não se fortalecia. Apresentava sintomas depressivos como também um quadro de hipertensão com complicações. A partir de 26/07/2022, durante uma consulta com a psicóloga, ela relatou que estava sem tomar a medicação há 5 meses. Com um quadro de transtorno psíquico grave, veio morar na cidade onde outro ACS passou a fazer acompanhamento. Recebendo o TeleNordeste em 24/08/2022. Após isso, agendamos um atendimento para D. Luzia com o esp. Psiquiatra. Paciente mal se comunicava com os profissionais, mas mesmo assim a consulta aconteceu. O especialista passou a medicação e pediu apoio da eSF para dar essa medicação pelo menos por 15 dias. Fomos acompanhando, notava-se uma melhora considerável da paciente. Um mês após sua primeira consulta, ela compareceu à Unidade de uma forma resplandecente, alegre, arrumada, acompanhada do marido. Hoje D. Luzia e seu esposo encontram-se bem, e vivem com saúde física e mental. **Conclusão/Aprendizados:** Notou-se uma diminuição do risco de piora do quadro dessa paciente e considerando a demanda altíssima para o CAPS que temos em nossa cidade, o TeleNordeste veio como solução master. Junto à Planificação da APS, temos tido melhores serviços de atendimento ao usuário do SUS.

**Palavras-chave:** Fortalecimento da Saúde Mental na APS.



226-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: O APOIO PSICOSSOCIAL AOS PAIS DE CRIANÇAS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM ALDEIAS ALTAS-MA

### Autores:

Lívia Cristina da Silva Paiva<sup>1</sup>; Deniely da Silva dos Prazeres<sup>1</sup>; Núbia Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Núbia Selma Maciel Paiva<sup>1</sup>; Adriano Lúcio da Silva Alves<sup>1</sup>; Letícia Ananias de Araújo Lima<sup>1</sup>; Jayse da Silva<sup>1</sup>; Silmara da Silva Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Este relato de experiência busca analisar o apoio psicossocial ofertado aos pais de crianças com transtorno mental, em Aldeias Altas-MA. **Descrição e objetivos:** Por meio desta pesquisa buscamos compreender o desenvolvimento da relação entre o apoio psicossocial dos pais, as práticas parentais familiares e a Saúde Mental das crianças de 0 a 5 anos. Além disso, identificamos as principais estratégias de apoio psicossocial às crianças com transtornos mentais no município. Logo, as pesquisas para o desenvolvimento de ações são desenvolvidas em conjunto com os pais, a fim de criar intervenções que contribuam para apoio e cuidado da Saúde Mental de ambos. **Metodologia:** Foi utilizado como metodologia para o acompanhamento das ações planejadas e dos resultados alcançados ao longo da pesquisa uma entrevista individual com os responsáveis pelas crianças, a fim de realizarmos de forma precisa e detalhada as análises de correlação nesse estudo. Por meio desta pesquisa descritiva e analítica, este estudo de caso busca identificar os indicadores qualitativos em relação aos pais e crianças que recebem o atendimento por meio dos serviços de saúde ofertados pelo município de Aldeias Altas-MA. **Resultados/Implicação prática:** Serão apresentados, inicialmente, os resultados descritivos acerca das entrevistas realizadas com os pais das crianças e, respectivamente, serão apresentados os resultados obtidos a partir das correlações entre o apoio psicossocial destinado aos pais, a identificação das práticas parentais familiares e das observações em torno da Saúde Mental dos filhos. Os resultados apontaram que quanto maior for o apoio social recebido pelos pais menor é o risco de a criança apresentar algum transtorno em sua Saúde Mental. **Conclusão/Aprendizados:** Sendo assim, os desafios identificados apontam que as pesquisas para o desenvolvimento de ações devem ser elaboradas em parceria com as famílias dessas crianças, a fim de desenvolvermos intervenções estratégicas que possam contribuir para o apoio e o cuidado da Saúde Mental tanto dos pais quanto das crianças que residem no município de Aldeias Altas-MA, logo, contribuindo para que essas famílias tenham uma melhora na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Apoio Psicossocial, Desenvolvimento Infantil, Fatores de Risco, Transtornos Mentais.



248-1

## IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA REORGANIZAÇÃO DA REDE

### Autores:

Erlanne Livia Dias Batista<sup>1</sup>; Elane Maria Azevedo dos Reis<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Erick Michell Bezerra Oliveira<sup>1</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), vem desenvolvendo o projeto PlanificaSUS para organizar a Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde (APS) e Saúde Mental na APS, implementando a linha de cuidado de Saúde Mental para Organização da Rede, executando projetos e metodologia aos profissionais. No Brasil, esse projeto vem sendo realizado em três estados: Maranhão, Goiás e Rondônia. A Região de Saúde de Caxias foi uma das escolhidas para iniciar esse processo, por já ser referência na Planificação da Atenção Primária à Saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da implantação do Saúde Mental na APS em Caxias, Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, sobre a implantação desse projeto para organização e melhora da assistência ao usuário da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de forma qualificada e integrada à APS. O projeto está organizado em 4 etapas, nas quais são realizadas tutorias e *Workshops*. Em Caxias-MA, o *Workshop* sobre a implantação da Planificação na Saúde Mental realizado em maio de 2022 deu início ao projeto no município. **Resultados/Implicação prática:** O projeto está sendo realizado inicialmente com 5 Unidades Básicas de Saúde, chamadas de Unidades Laboratórios, que estão na Etapa 3. Em cada etapa, ocorreram *Workshops* e oficinas tutoriais. **Conclusão/Aprendizados:** O processo vem trazendo mudanças positivas e transformando a linha de cuidado em Saúde Mental nos serviços de saúde, capacitando os profissionais para acolhimento e acompanhamento dos usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial, Planificação, Saúde Mental, Tutoria.



248-3

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO MEIO DE IDENTIFICAÇÃO OPORTUNA EM CUIDADO NA SAÚDE MENTAL

### Autores:

Erlanne Lívia Dias Batista<sup>1</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Elane Maria Azevedo dos Reis<sup>1</sup>; Erick Michell Bezerra Oliveira<sup>1</sup>; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida<sup>1</sup>; Jardênia de Sousa Soares<sup>1</sup>; Mayanny da Silva Lima Barbosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA

<sup>2</sup> UBS Mutirão - Unidade Básica de Saúde Mutirão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação na Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo organizar a linha de cuidado de Saúde Mental em Unidades de APS, utilizando a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde, fortalecendo o papel da APS na organização da Rede de Atenção Psicossocial. Os impactos dos transtornos mentais na vida das pessoas são diversos e de longo alcance, especialmente quando não detectados e tratados de forma oportuna, podem surgir em qualquer ciclo de vida. As equipes de Saúde da Família (eSF), devem ser qualificadas para operacionalizar os atributos da APS. Diante do cenário atual, a pandemia da COVID-19 desenvolveu um forte impacto na Saúde Mental mundial, contribuindo para as manifestações de adoecimento mental. **Descrição e objetivos:** Identificar as pessoas que tiveram COVID-19, como um público a ser considerado e identificado em tempo oportuno na APS para cuidado em Saúde Mental. **Metodologia:** Apesar da dificuldade em conhecer o real impacto da pandemia, mediante a escassez de estudos e ao pouco tempo da pós-pandemia, foi desenvolvido um estudo em Caxias. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão sob número do Parecer: 5.100.406 e CAAE: 51690321.9.0000.5086. Foi aplicado o questionário de Qualidade de Vida (QV) SF-36, em 230 pessoas que tiveram COVID-19 em 2020 e/ou 2021. O questionário SF-36 permite avaliar 8 dimensões que estão diretamente ligadas a QV das pessoas, entre elas: limitação por aspectos emocionais, avaliação da vitalidade e Saúde Mental. As dimensões são autoavaliadas e atingem uma pontuação que varia de 0 a 100, onde 100 seria considerado como melhor avaliação sobre a dimensão. **Resultados/Implicação prática:** Observou-se que a Vitalidade, 63% das pessoas consideram com valor de até 65, e média de 59,5. A limitação por aspectos emocionais teve uma média de avaliação de 66,9 e 47,8% das pessoas que avaliaram com nota até 66. Na dimensão Saúde Mental, 45,6% das pessoas avaliaram como nota até 68 e a média foi 69,5. **Conclusão/Aprendizados:** É importante garantir que através do atributo do primeiro contato, as eSF, são a primeira oportunidade destas pessoas serem identificadas enquanto possível subpopulação de assistência em Saúde Mental. O atributo da integralidade também deve ser concretizado, para garantir que esta pessoa, que muitas vezes busca a UBS, devido a outras causas, também será avaliada e identificada em tempo oportuno, para cuidados em Saúde Mental.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atenção Psicossocial, Planificação, Qualidade de Vida, Saúde Mental.



319-2

## A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE LABORATÓRIO JOÃO PAULO II NO MUNICÍPIO DE COELHO NETO/MA

### Autor:

José Carlos Lopes Magalhães<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBS João Paulo II – Coelho Neto - MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Com implementação prática no 1º semestre de 2022, a planificação em Saúde Mental na APS, no município de Coelho Neto-MA conta com duas unidades laboratórias, das quais a UBS João Paulo II, esse processo busca encerrar com a lacuna que a população desse agravo tem em relação à oferta dos serviços de saúde. **Descrição e objetivos:** Conhecer essa população como detentora de um agravo crônico e findar o subdiagnóstico para inserção de medidas assertivas a serem desenvolvidas. Tornar a APS/UBS como porta de entrada e ordenadora dessa população. Reconhecimento e diagnóstico precoce desses usuários. Estreitar laços entre APS e rede de apoio. Desafogar o CAPS, que hoje trabalha em demasia no contexto ambulatorial. **Metodologia:** A realização de *Workshops* e oficinas de ordem multiprofissional, busca-se conhecer a realidade do território onde o usuário está inserido. A qualificação e o conhecimento dos usuários por meio da força de trabalho da unidade também é levado em consideração, haja vista que sempre é realizado um giro na unidade, a fim de designar: “onde estamos?” “onde queremos chegar?”. Criação de grupos dentro da unidade para inserção integral dessa população. **Resultados/Implicação prática:** Espera-se desafogar os CAPS no município, realizando atendimento integral aos usuários com transtornos leves e moderados. Descentralizar procedimentos administrativos como troca de receitas e dispensação de medicações. Criação e atualização de ferramentas já existentes como cartões de acompanhamento psicossocial, plano de cuidado compartilhado entre APS e rede de apoio. **Conclusão/Aprendizados:** Com a efetiva concretização das ações que esses usuários passem a fazer parte do território a que são adscritos. Desmistificar o estigma de Saúde Mental. Atendimento integral a essa população. Criação de vínculo entre os usuários e os profissionais da APS.

**Palavras-chave:** Implementação, Saúde Mental, Planificação, João Paulo II, Coelho Neto.



341-1

## A IMPORTÂNCIA DA ESPECIALIZAÇÃO EM REDE DE ATENÇÃO NO SUS, PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Hagnes Taiely Camacho da Silva<sup>1</sup>;  
Vanessa Cristina da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HCFMB - Hospital das Clínicas da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A organização do SUS parte das necessidades em saúde que se manifestam na população brasileira. A acelerada transição demográfica que o Brasil vive evidencia a necessidade de uma melhor organização dos serviços de saúde. Pensando nisso, foi construída a Rede de Atenção à Saúde (RAS) para estabelecer uma nova forma de organização dos serviços de saúde, de modo a superar a fragmentação e a hierarquização. Diante da complexidade que a RAS pressupõe e os desafios organizacionais, infere-se a necessidade da formação de profissionais capacitados para a compreensão da organização do processo de trabalho em saúde. O curso de especialização em rede de atenção no SUS tem como objetivo capacitar profissionais, por meio de conhecimentos teóricos e práticos, possibilitando executar funções nas áreas de gestão, planejamento e assistência, na RAS. **Descrição e objetivos:** Evidenciar a importância da especialização em rede de atenção no SUS enquanto recurso para o fortalecimento da APS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, composto pela percepção de duas profissionais de saúde de categoria diferente (nutrição e psicologia), baseado na prática profissional, em diversos serviços de saúde, por meio da especialização em Rede de Atenção no SUS. **Resultados/Implicação prática:** A prática profissional ocorreu em diferentes serviços da APS em um município no interior do estado de São Paulo. A organização da atenção à Saúde Mental na APS no respectivo município se dá por meio de UBS, USF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A prática profissional nesses serviços permitiu compreender o fluxo e organização da APS dentro do município. Casos de Saúde Mental mais complexos podem ser encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (I, II, AD ou Infantil), e em situações excepcionais para a atenção hospitalar. Além desses serviços, a articulação de rede é realizada para um trabalho em conjunto com serviços da rede socioassistencial e outros equipamentos da rede. **Conclusão/Aprendizados:** A especialização proporcionou compreender a RAS, a sua complexidade relacional e tecnológica. Viabilizou a capacitação teórico-prática com profissionais de categorias diferentes, contribuindo para uma formação colaborativa, para uma atuação pautada no cumprimento das diretrizes do SUS, promovendo fortalecimento da prática profissional e da APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Especialização, Rede de Atenção, SUS.



359-1

## FORMAÇÃO DE MULTIPLICADORES E DE PROFISSIONAIS PARA O USO DO MANUAL DE INTERVENÇÃO DO MENTAL HEALTH GAP (MI-mhGAP) DA OMS COMO QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

### Autores:

Marina Chansky Cohen<sup>1</sup>; Vinicius Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>; Claudielle de Santana Teodoro<sup>1</sup>; Aline Fernandes de Rossi<sup>1</sup>; Daniela Batista Novaes<sup>1</sup>; Fernanda Vautier Franco Soares Costa<sup>1</sup>; Letícia Yamawaka de Almeida<sup>1</sup>; Maria Fernanda Nascimento Marques<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) postulou o Programa de Ação para a Redução da Lacuna em Saúde Mental, reconhecendo os impactos dessa lacuna para os sistemas de saúde e para os usuários. **Descrição e objetivos:** Reconhecendo o impacto dessa lacuna nas unidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um distrito da região sul do município de São Paulo, a instituição parceira da Secretaria Municipal de Saúde na gestão dessas unidades, contratou, em 2019, a formação de multiplicadores e iniciou a multiplicação para os profissionais, que segue em curso, com o objetivo de desenvolver competências para o cuidado em Saúde Mental (SM) em rede a partir do uso do Manual de Intervenção do Mental Health GAP (MI-mhGAP). **Metodologia:** O Programa de Ação para a Redução da Lacuna de Saúde Mental traz como um dos principais eixos estratégicos a formação dos profissionais da APS para o uso do MI-mhGAP. Com a formação de um GT local com esse objetivo, organizou-se um cronograma de turmas bimensais compostas por quatro multiplicadores, dois apoiadores e aproximadamente 40 profissionais, apoiadas em metodologias ativas, buscando o desenvolvimento de competências nas seguintes condições: práticas e cuidados essenciais, depressão, autoagressão e suicídio, psicoses e outros problemas em SM. **Resultados/Implicação prática:** Foram formados 81 multiplicadores, dos quais sete compõem o GT local que faz o monitoramento e organização e 345 profissionais, além de 128 participantes de três webinários organizados como contingência no período pandêmico. Os encontros promoveram a troca de experiências e desconstrução do estigma, fortalecendo o cuidado em rede. Os participantes manifestaram interesse pela expansão do conteúdo, referiram estar mais habilitados para a identificação, avaliação, manejo e seguimento das condições trabalhadas. Como desafios destacam-se a necessidade de estruturar a supervisão do processo no apoio matricial, avançar no desenvolvimento de indicadores de impacto, avançar na promoção do protagonismo dos serviços da AAE na educação permanente e ampliar o conteúdo para outras condições prioritárias. **Conclusão/Aprendizados:** A experiência demonstrou o potencial da multiplicação do uso do MI-mhGAP para qualificação do cuidado em SM, mas se fazem necessárias outras ações para sua sustentabilidade, conforme desafios mapeados nos resultados, além do constante investimento neste processo. O envolvimento de profissionais da assistência corresponsáveis pelo planejamento e execução se mostrou um diferencial positivo.

**Palavras-chave:** Apoio Matricial, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente, Rede de Atenção à Saúde, Saúde Mental.



380-1

## SAÚDE MENTAL DE JANEIRO A JANEIRO: AÇÕES INTERSETORIAIS COMO ESTRATÉGIA POTENCIALIZADORA NA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA APS EM UMA REGIÃO DO NORTE DO BRASIL

### Autores:

Diene Carla dos Santos  
Nepomuceno<sup>1</sup>; Jackeline da Rocha  
Vasques<sup>2</sup>; Gelzirlane do Nascimento<sup>3</sup>;  
Adriana Carvalho Coutinho Tolfo<sup>3</sup>;  
Rosalina de Oliveira Reis Goebel<sup>3</sup>;  
Sara Yamone Zygoski Portela da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> HRV - Hospital Regional Adamastor  
Teixeira de Oliveira

<sup>2</sup> UFPR - Universidade Federal do Paraná

<sup>3</sup> III GRS - III Gerência Regional de Saúde  
de Vilhena

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Diante do aumento global de transtornos mentais, o projeto Saúde Mental de janeiro a janeiro vem ampliar as ações de prevenção e promoção em Saúde Mental na região do Cone Sul de Rondônia. **Descrição e objetivos:** Tendo em vista a carga global de transtornos mentais e a implantação da linha de cuidado de SM no Cone Sul, foi idealizado o SM na praça, uma ação que possibilitou a ampliação da atenção à SM por meio da mobilização e integração de vários setores e atores. Nascendo então, a iniciativa SM de janeiro a janeiro, com a proposta de desenvolver ações intersetoriais de prevenção e promoção à SM ao ano inteiro. Descrever como a ação SM na Praça originou a iniciativa SM de janeiro a janeiro. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido na Região de Saúde Cone Sul, em Rondônia, por meio do projeto Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS), idealizado e operacionalizado entre julho e setembro de 2022 por diversos setores e atores (APS, hospital, Centro de Atenção Psicossocial, fundação cultural, lideranças de bairro, instituições de ensino, sociedade civil, mídia local, dentre outros). **Resultados/Implicação prática:** A ação SM na Praça foi fruto dos momentos de gerenciamento da planificação, que promoveu de forma intersetorial um dia de atenção integral à sociedade, por meio de ações culturais com músicas e danças; geração de renda com exposição de artesanato, oficinas de currículo e entrevista de emprego; esportes; massagens; plantão psicológico; orientações em SM; dentre outras atividades; 70 pessoas participaram da organização e mais de 360 pessoas foram contempladas com o evento. Essa ação mobilizou a realização de 20 oficinas intersetoriais que levaram à ideação e implantação do SM de janeiro a janeiro, que fomenta o trabalho intersetorial na atenção à SM de forma contínua. **Conclusão/Aprendizados:** O SM na Praça evidenciou que a promoção da SM não compete apenas ao setor saúde, mas que a ativação de mecanismos intersetoriais nas diversas instâncias e secretarias catalisa este processo, afinal a SM está pautada em uma concepção ampliada de saúde. Sendo, a intersectorialidade, estratégica para a consolidação das práticas de forma integral, sustentável e digna na atenção à SM.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Intersetorialidade, Planificação, Prevenção, Saúde Mental.



420-1

## CONHECENDO COM OS PÉS: APROXIMAÇÃO DA REDE POR MEIO DA PRÁTICA

### Autores:

Natalia Aquino Afonso<sup>1</sup>; Igor Ribeiro de Freitas<sup>1</sup>; Amanda Menon Pelissoni<sup>1</sup>; André Martins Camargo Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - CEPAR - Hospital Israelita Albert Einstein, Centro de Estudo, Pesquisa e Prática em APS e Redes

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A crescente demanda de Saúde Mental nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) requer o desenvolvimento de práticas colaborativas entre profissionais e ações inovadoras para a oferta de cuidado. **Descrição e objetivos:** Durante as ações de matriciamento realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), um profissional médico manifestou o interesse em se aproximar da dinâmica de trabalho do CAPS e, em conjunto com a psicóloga do serviço especializado, iniciaram a elaboração de uma proposta para a consolidação desta ideia. Assim, buscou-se descrever o processo de construção deste projeto que visa aproximar os serviços (UBS e CAPS) e qualificar o cuidado em rede. **Metodologia:** Esta experiência está sendo desenvolvida em dois serviços localizados na região sul do município de São Paulo. O projeto, pactuado com os coordenadores, propõe que o profissional médico realize uma imersão no CAPS, participando das atividades ofertadas no serviço durante um dia típico (acolhimento, atendimento médico e de referência, grupos e convivência), a partir de um cronograma que contempla períodos de duas horas em cada atividade. A proposta tem sido desenhada de modo que todos os profissionais médicos da UBS tenham a oportunidade de conhecer e vivenciar a rotina do serviço especializado. **Resultados/Implicação prática:** Espera-se que o desenvolvimento deste projeto oportunize, aos profissionais médicos, a partir do contato com a rotina do CAPS, a compreensão das estratégias de reabilitação psicossocial e conhecimento dos processos de trabalho realizados em um serviço de Saúde Mental. Além disso, entende-se que esta ação pode se caracterizar como uma estratégia em potencial para melhorar a comunicação entre os serviços e aproximar os equipamentos, contribuindo para o cuidado integral e a qualificação no cuidado oferecido na APS aos usuários com transtornos psíquicos. Sinaliza-se ainda que a proposta também poderá atuar como processo de educação permanente, a partir da troca de saberes do profissional médico com a equipe e usuários do CAPS. **Conclusão/Aprendizados:** O interesse do profissional médico da UBS em se aproximar dos processos de trabalho e estratégias de reabilitação psicossocial realizadas no CAPS, demonstra a potência que as ações de matriciamento desenvolvidas na UBS possuem no processo de qualificar o cuidado integral em saúde de forma compartilhada além de fortalecer a articulação entre os equipamentos da rede.

**Palavras-chave:** CAPS, ESF, REDE, Saúde Mental, UBS.



430-1

## AtentaMENTE: BOLETIM INSTRUTIVO COMO ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

### Autores:

Vinicius Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>; Marina Chansky<sup>1</sup>; Maria Fernanda Nascimento Marques<sup>1</sup>; Fernanda Vautier Franco Soares Costa<sup>1</sup>; Daniela Baptista Novaes<sup>1</sup>; Aline Fernandes de Rossi<sup>1</sup>; Letícia Yamawaka de Almeida<sup>1</sup>; Claudielle de Santana Teodoro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE-CEPPAR - Hospital Israelita Albert Einstein - Centro de Estudos, Pesquisa e Prática em APS e Redes

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Desde 2019, o Grupo de Trabalho de Replicação do Mental Health GAP (GT-mhGAP) da instituição parceira da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, na gestão de unidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS) da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, organiza ações de educação permanente aos profissionais para o cuidado em Saúde Mental (SM) em rede, a partir do Manual de Intervenções do mhGAP (MI-mhGAP), da OMS, buscando instrumentalizá-los para a avaliação, o manejo e o seguimento das pessoas com transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias. **Descrição e objetivos:** Este relato busca descrever o processo de construção de um boletim instrutivo como parte da estratégia de educação permanente oferecida aos profissionais de saúde da RAS para fomentar o uso do MI-mhGAP. **Metodologia:** O acesso de profissionais não especializados a conhecimentos e ferramentas aplicáveis na prática constitui um dos eixos para a redução da lacuna assistencial em SM, conforme o Programa de Ação para a Redução da Lacuna em SM da OMS. Como parte da estratégia de educação permanente, a partir de abril de 2022, o GT-mhGAP passou a produzir um boletim instrutivo, nomeado “AtentaMENTE”, de publicação bimestral e divulgação em versão digital por meio de e-mail para todos os colaboradores da instituição parceira. Sua proposta é apresentar os conteúdos baseados no MI-mhGAP, de forma breve, com linguagem objetiva e visual. O grupo realizou diálogos para o mapeamento, a partir das lacunas da rede, das temáticas prioritárias a serem abordadas e das informações a serem apresentadas. **Resultados/ implicação prática:** Até o momento foram elaboradas e distribuídas três edições do boletim. Os conteúdos desenvolvidos foram, respectivamente, a lacuna em SM, os cuidados e práticas essenciais e o suicídio. Em todas as publicações foi oportunizado o contato inicial ou o resgate do MI-mhGAP, disponibilizado para *download* por meio de um código QR. O formato compacto utilizado favoreceu a comunicação direta com o público-alvo no fomento ao cuidado qualificado em SM. **Conclusão/Aprendizados:** A experiência valida o potencial do periódico para a disseminação do reconhecimento da lacuna em SM e da afirmação do MI-mhGAP como ferramenta para a ampliação da qualificação profissional para o seu enfrentamento em rede. Destaca-se que a criação de GTs locais para multiplicação e apoio matricial, além de estratégias como discussões em reuniões de equipes e distribuição do material impresso podem dar maior visibilidade e circulação ao conteúdo, contribuindo para o alcance de seus objetivos.

**Palavras-chave:** Cuidado, Saúde Mental, Boletim, Educação Permanente, AtentaMENTE.



431-1

## A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Patrícia Pereira Gomes<sup>1</sup>; Edilson Alves da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>2</sup> UNESC - UNESC Vilhena

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde é um projeto que reúne diversas ações educacionais, com base em metodologias ativas, voltadas para o desenvolvimento de competências e habilidades, necessárias para a organização e a qualificação dos processos de assistência à saúde. Este projeto é organizado com Apoio da Sociedade Beneficente Israelense Albert Einstein e tem o objetivo de organizar a linha de cuidado de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, utilizando a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde, buscando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde na organização da Rede de Atenção Psicossocial. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de uma enfermeira e de um médico atuantes como Responsáveis Técnicos na Organização de um *Workshop* de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em um Município do Cone Sul de Rondônia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por uma enfermeira e por um médico atuante na Atenção Primária à Saúde, em uma cidade da Região Cone Sul de Rondônia, no mês de junho de 2022. Neste período foram utilizados recursos de apoio para o *Workshop*, textos e ferramentas audiovisuais, com a finalidade dos trabalhadores participarem ativamente das atividades, é muito importante esse momento de aproximação com o conteúdo, e utilizado como ferramenta o Guia do *Workshop* 1, disponibilizado na plataforma do projeto. **Resultados/Implicação prática:** Foi realizado um *Workshop* de Saúde Mental, com cerca de 100 participantes, profissionais de saúde, pertencentes a todo o Cone Sul. Estiveram presentes enfermeiros, médicos, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, atuantes em todos o Cone Sul, para discussão da importância do fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Para melhor fixação do conteúdo foram divididos em 10 grupos de 10 pessoas, e após isto, aberto para discussão em uma grande reunião plenária. **Conclusão/Aprendizados:** Após a realização do *Workshop*, foi possível associar os atributos da Atenção Primária como direcionamento para fortalecer o acesso dos pacientes de Saúde Mental, ressaltando a importância do projeto e a sensibilização de todos os profissionais para a temática abordada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação, Saúde Mental.



450-1

## AmareLINHA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NOS MUNICÍPIOS DA 6ª REGIONAL DE SAÚDE

### Autores:

Denize Aparecida Teixeira<sup>1</sup>; Luciane Otto Malat<sup>1</sup>; Fernanda Helena Sales<sup>1</sup>; Angela Maria Brzezinski<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 6ª Regional de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Organização e implantação passo a passo da linha de cuidado em Saúde Mental na 6ª Região de Saúde, a qual segue a lógica de base territorial, tendo a Atenção Primária como ordenadora do cuidado. **Descrição e objetivos:** A 6ª Regional de Saúde tem como objetivo a organização da atenção à Saúde Mental nos nove municípios que compõem a região, por meio da proposta da implantação da AmareLINHA de Cuidado em Saúde Mental. Diante da complexidade da temática “Saúde Mental” para as equipes da APS, a AmareLINHA propõe um roteiro, o qual busca instrumentalizar passo a passo as equipes dos municípios nas etapas da planificação, considerando a realidade de cada território para o cuidado em Saúde Mental. **Metodologia:** O plano passo a passo contempla as seguintes fases: Territorialização: definir a população; conhecer o território: coleta de dados do município, serviços, determinantes sociais, cadastrar a população e construção do mapa inteligente. Identificação das subpopulações (estratificação de risco): instrumentalizar as equipes para classificação de risco, estratificar a população e diagnóstico situacional (subdividir em subpopulações) por fator de risco. Ordenação da rede em seu fluxo: determinar a quem e aonde referir as pessoas usuárias. Monitoramento: elaboração e manutenção dos planos de cuidado. **Resultados/Implicação prática:** Os nove municípios da região aderiram a proposta da implantação passo a passo da AmareLINHA de Cuidado em Saúde Mental, todos iniciaram o processo de implementação da linha de cuidado, para isto, são realizadas reuniões (oficinas) na regional de saúde com os representantes de Saúde Mental e coordenadores da APS, os quais repassam para as equipes em seus municípios, sendo realizada primeiramente sensibilização das equipes para a apropriação deste cuidado pela APS. Na fase da territorialização, 8 dos 9 municípios iniciaram a identificação e o cadastro da população usuária e 5 dos nove municípios incluíram a Saúde Mental em seu mapa inteligente. Neste momento, iniciamos a fase da identificação das subpopulações sendo proposta a capacitação das equipes para a classificação e estratificação de risco. **Conclusão/Aprendizados:** Compreende-se que diante da complexidade da temática desta linha de cuidado, a proposta da AmareLINHA de Cuidado em Saúde Mental, por meio da instrumentalização das equipes, passo a passo, baseada na metodologia da planificação, possibilita maior compreensão destas equipes sobre o processo, proporcionando a organização do cuidado em Saúde Mental na 6ª Região de Saúde.

**Palavras-chave:** Linha de Cuidado, Saúde Mental, Territorialização, Regionalização, Rede de Atenção.



460-1

## ATENÇÃO AO USUÁRIO COM QUEIXA AGUDA EM SAÚDE MENTAL NO SETOR SUL DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Anna Flávia de Oliveira Santana<sup>1</sup>;  
Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rubia Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup> CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Compreendendo a importância do cuidado em Saúde Mental, foi proposto como estratégia a organização do serviço em rede por meio da captação do usuário com queixa aguda em Saúde Mental, atendido pela rede de Urgência e Emergência para a continuidade do manejo clínico em sua Unidade de Saúde de Atenção Primária de referência. **Descrição e objetivos:** Descrever a operacionalização do processo de trabalho realizado por meio de monitoramento do usuário com queixa aguda em Saúde Mental, no setor sul do município de Uberlândia, cuja gestão é realizada pela Missão Sal da Terra. **Metodologia:** Monitoramento semanal dos usuários que deram entrada ao Pronto Atendimento (PA) com queixa em Saúde Mental por meio de uma planilha de Excel preenchida pela equipe do PA. Tais informações são repassadas à equipe de psicologia que realiza o agendamento dentro de 30 dias após a alta do serviço de urgência e emergência para continuidade do cuidado programado em sua unidade de referência. **Resultados/Implicação prática:** O período avaliado correspondeu aos meses de janeiro a setembro/2022 em que foram captados 183 usuários, para os quais foram realizadas intervenções de cuidado por diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos e agentes comunitários), tais como cadastramento de usuários, visitas domiciliares, agendamentos de consultas, atendimentos, grupos e encaminhamentos ao CAPS. A partir de julho/2022 foram implementados os agendamentos de consultas em até 30 dias após a alta do usuário dos Pronto Atendimentos, alcançando-se 92,59% de agendamentos na Atenção Primária. Concomitante a isto, foi realizado o monitoramento da readmissão precoce do usuário nos serviços de urgência e emergência, considerando o seu retorno em 30 dias da última saída e encontrando-se a média mensal de 15,62% de readmissões precoces. **Conclusão/Aprendizados:** A articulação entre os pontos da rede foi otimizada pela organização do cuidado proposta, revelando-se uma importante ferramenta para assegurar o acesso e a continuidade do cuidado ao usuário com queixa aguda em Saúde Mental na Atenção Primária, cujo quadro não justifica a sua inserção em CAPS ou internação em leitos de psiquiatria. Além disso, a monitorização das readmissões precoces mostrou índices abaixo de valores encontrados na literatura, apresentando indicativos de uma rede efetiva de cuidados em Saúde Mental, no município de Uberlândia.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Readmissão Precoce, Saúde Mental.



476-1

## POTENCIALIZANDO SONHOS: MANEJO PSICOSSOCIAL DE UMA ADOLESCENTE EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Carla Pereira Barreto<sup>1</sup>; Janaina Rosário de Jesus<sup>1</sup>; Felipe Fragoso<sup>1</sup>; Camila Marcela da Conceição<sup>1</sup>; Cláudia Monteiro<sup>1</sup>; Ivani Oliveira<sup>1</sup>; Janaina da Silva Alves<sup>1</sup>; Leticia Yamakawa de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - UBS Campo Limpo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Uma adolescente, após sofrer violência, foi atendida pela enfermeira que percebeu que o sonho da adolescente é ser veterinária, porém esta acredita que não poderia ser devido sua classe social baixa. **Descrição e objetivos:** Uma adolescente apresentou uma coleção de hematomas pelo corpo durante um relacionamento abusivo. Nas consultas de enfermagem, foram identificados potenciais e sonhos da adolescente, embora ela não os reconhecesse por ter uma crença limitante (resultantes das crenças familiares) de que não poderia sonhar por ser de uma classe social baixa. Empoderar os adolescentes por meio dos princípios da clínica ampliada, escuta qualificada, sua inserção social e estratégias implementadas.

**Metodologia:** Durante os atendimentos semanais, baseados na clínica ampliada e na escuta qualificada, foram utilizadas cinco ferramentas como estratégia para despertar suas potências e o desejo de sonho adolescente, a saber: SMART, Roda da Vida, 5W2H, Carta da vida e Diário de Bordo. O vínculo entre enfermeira e adolescente foi se consolidando e possibilitou encontros entre a profissional e os familiares com o objetivo de fortalecer a rede de apoio para que a adolescente pudesse ir em busca do seu sonho (ser veterinária). **Resultados/Implicação prática:** O suporte oferecido e as estratégias implementadas nos cuidados oferecidos à adolescente resultou em mudanças observadas em seu comportamento e atitudes. Além disso, dentre as repercussões, destacam-se a construção de cartões de gratidão pelo apoio familiar e uma oficina de cartões de agradecimentos oferecida às crianças do grupo terapêutico da UBS. Ressalta-se que o apoio da Agente Comunitária de Saúde foi muito importante para que os encontros acontecessem. Em janeiro de 2022, a adolescente realizou sua matrícula no curso técnico de veterinária e, atualmente, feliz com a sua escolha, demonstra sentimentos de agradecimento à equipe de saúde. **Conclusão/Aprendizados:** As necessidades de saúde apresentadas pelos usuários requerem dos profissionais de saúde constante atualização e uso de estratégia inovadora, norteadas a partir das melhores evidências e da clínica ampliada. As ferramentas utilizadas pela enfermeira têm o potencial de gerar espaços de reflexão, acolhimento e vínculo, além de empoderar os sujeitos na busca pela transformação da realidade.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Adolescente, Atenção Primária à Saúde, Clínica Ampliada, Integralidade.



479-1

## A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PAES LANDIM PI, POR MEIO DA IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL (AMENT)

### Autores:

Tamiris Rodrigues de Moura<sup>1</sup>; Valfredo Augusto de Araújo Santana Portella<sup>1</sup>; Vânia Carvalho dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Paes Landim - Secretaria Municipal de Saúde De Paes Landim - PI

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Implantar a AMENT em Paes Landim contribuiu para diversificar o cuidado em Saúde Mental e ofertá-lo de forma integrada com a Atenção Primária em Saúde. **Descrição e objetivos:** A implantação da AMENT traz como objetivo ofertar atendimento especializado em Saúde Mental no município de Paes Landim – PI ordenado a partir da Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que nesse fluxo de organização a APS apresenta-se como referência para os transtornos mentais leves e a atenção especializada é referência para transtornos mentais moderados. No entanto, APS e atenção especializada atuam de forma integrada no cuidado ofertado. **Metodologia:** O atendimento na AMENT compreende além do acompanhamento individual, o matriciamento com a Atenção Primária em saúde, a realização de atividades comunitárias para sensibilização sobre a importância do cuidado em Saúde Mental e desconstrução de estigmas sobre a temática e o incentivo a educação permanente estimulando os processos formativos em Saúde Mental nos profissionais, e contribuindo para o fortalecimento da Rede. A organização da linha de cuidado por meio da metodologia de Planificação da Atenção à Saúde - PAS também foi implementada nesse processo. **Resultados/Implicação prática:** Implantada em maio de 2021, com recursos provenientes do município até sua habilitação em dezembro do mesmo ano, a AMENT de Paes Landim é a segunda equipe do estado em funcionamento devidamente habilitada e a primeira do interior do Piauí. Entre os resultados, além da ampliação do acesso e oferta de cuidado no município às demandas de Saúde Mental, é visualizada uma articulação e trabalho conjunto na Saúde Mental entre Atenção Primária e atenção especializada. Os *Workshops* resultantes da PAS vêm otimizando também o trabalho por meio da qualificação de profissionais de toda a rede de saúde, uma vez que a Atenção Primária é a porta de entrada de serviços no SUS. É importante ressaltar que o projeto de PAS foi iniciado no município antes mesmo da adesão formal do Estado nesse processo. **Conclusão/Aprendizados:** O cuidado em Saúde Mental requer a construção de estratégias diversificadas. A AMENT insere-se dentro das políticas públicas atuais em Saúde Mental e valoriza a ênfase em atividades de âmbito multiprofissional, associadas à perspectiva de reinserção da pessoa com transtorno mental e a interação com outros serviços, ampliando e promovendo a assistência em saúde no âmbito do SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Atenção Especializada, Referência/Contrarreferência, Saúde Mental, Trabalho em Rede.



490-1

## TRATAMENTO DE QUALIDADE PARA AUTISTAS PELO SUS É POSSÍVEL? PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE REDE DE CUIDADO À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TEA EM UBERLÂNDIA

### Autora:

Adriana Helena Bueno<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MST - Missão Sal da Terra, PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Mesmo tendo o acesso à saúde integral, universal e gratuito garantido pela legislação nacional, é recorrente na literatura estudos que enfatizam a lacuna existente na oferta de um serviço público com foco nas especificidades da população diagnosticada com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), e com o uso apropriado de práticas baseadas em evidência científica para nortear a decisão clínica com benefícios e redução de danos ao paciente. Pensando nisso, a Secretaria de Saúde inaugurou, em 2022, o Centro de Referência em Autismo (CRTEA).

**Descrição e objetivos:** Promover o acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde de qualidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população diagnosticada com TEA no município de Uberlândia, por uma rede de serviços com capacidade de oferta do cuidado integral para este público com base nas melhores práticas baseadas em evidência. **Metodologia:** O CRTEA baseia seu trabalho na Análise Aplicada do Comportamento (ABA). O tratamento possui grande suporte científico e tem sido base científica de intervenção mais pesquisada e amplamente adotada para promover a qualidade de vida de pessoas com TEA. As características gerais do tratamento envolvem identificação de comportamentos e habilidades que precisam ser melhoradas, seleção e descrição dos objetivos, e delineamento de uma intervenção que envolve estratégias comprovadamente efetivas para modificação do comportamento e orientação e treinamento parental. **Resultados/Implicação prática:** Promover o acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde de qualidade por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população diagnosticada com TEA no município de Uberlândia, por uma rede de serviços com capacidade de oferta do cuidado integral para este público com base nas melhores práticas baseadas em evidência, e estabelecer uma rede articulada e consolidada de rastreio, diagnóstico e intervenção terapêutica para crianças e adolescentes diagnosticados com TEA no município de Uberlândia/MG. **Conclusão/Aprendizados:** Em 5 meses de funcionamento, já é possível verificar a eficácia do projeto pelo resultado do tratamento, relato dos pais em relação ao ganho de repertório e melhora na qualidade de vida. O interesse e engajamento das famílias associados à **vontade política dos gestores** são fatores decisivos para o desenvolvimento de projetos assistenciais que melhoram a qualidade de vida dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Autismo, Evidência Científica, Rede de Cuidado, SUS, Tratamento.



506-1

## IMPLANTAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO EM MNS ENTRE A UAPS E AS REDES DE APOIO DO MUNICÍPIO DE COELHO NETO – MA

### Autores:

Nascia de Oliveira Lima<sup>1</sup>; Sara  
Dayane de Araújo Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Saúde e Redes de Apoio -  
DG - Daniel Guanabara

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Na primeira etapa do projeto, observamos a necessidade de estar implantando uma ficha de Compartilhamento do Cuidado entre a Unidade de Saúde e as Redes de Apoio que integram ao município. **Descrição e objetivos:** Descrever a importância da implantação do Compartilhamento do Cuidado em MNS entre a UAPS e as Redes de Apoio do município. Organizar o Compartilhamento do Cuidado em MNS dos usuários do território. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto do desenvolvimento das etapas do ciclo do Processo de Saúde Mental na APS, utilizando uma abordagem qualitativa por meio de análise e anotações do instrumento desenvolvido. **Resultados/Implicação prática:** O Compartilhamento do Cuidado é um instrumento que norteia o trabalho dos profissionais, além de padronizar condutas clínicas. Com o advento da pandemia da COVID-19, observamos o aumento significativo de pacientes com transtornos mentais. A elaboração do Compartilhamento se deu com reuniões entre os meses de julho e agosto de 2022, com a participação dos tutores e as enfermeiras das Unidades Laboratórios, Três Municipal e da Secretaria Adjunta. Em 14 de outubro, tivemos um encontro com as coordenações das Redes de Apoio do município para apresentação da proposta de construção de um Compartilhamento do Cuidado dos usuários de transtornos mentais, mostrando a importância da implantação desse instrumento na gestão do cuidado com os usuários e desta forma, estarmos organizando nossa Rede. **Conclusão/Aprendizados:** Concluímos o quanto é importante a implantação do Compartilhamento do Cuidado em MNS entre a UAPS e as Redes de Apoio, para que possamos dar continuidade no cuidado de usuários de transtornos mentais e trabalhar em equipe. Assim, tem-se um instrumento que pode auxiliar no trabalho em redes, a fim de reduzir a fragmentação da assistência, possibilitando uma rede articulada e consolidada.

**Palavras-chave:** Implantação, Cuidado, UAPS, Redes, Apoio.



534-1

## DIAGNÓSTICO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE TRÊS REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS - RESULTADOS DA ETAPA PREPARATÓRIA DO PROJETO SAÚDE MENTAL NA APS

### Autores:

Denis Axelrud Saffer<sup>1</sup>; Suely Pereira de Faria<sup>2-3</sup>; Solange Maria de Castro<sup>3</sup>; Adriana Sebastiana Freitas da Silva<sup>3</sup>; Viviane Ferreira Nunes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SPP - Saúde e Políticas Públicas

<sup>2</sup> UNIALFA - Centro Universitário Uni alfa

<sup>3</sup> SES/GO - Secretaria de Estado de Saúde de Goiás

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O projeto Saúde Mental na APS utiliza a metodologia da PAS e do Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental da OMS para apoiar a organização da linha de cuidado de Saúde Mental no estado de Goiás em três Regiões de Saúde: Pireneus, São Patrício I e Norte. Nessas regiões participam 42 municípios e 190 unidades de saúde. **Descrição e objetivos:** Este trabalho apresenta diagnósticos da RAPS de três regiões de saúde, construídos de forma conjunta com a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SES/GO) durante a etapa preparatória do projeto. **Metodologia:** O levantamento dos dados ocorreu por meio de oficinas com técnicos em gestão municipais e estaduais, do preenchimento de instrumentos diagnósticos pelos municípios e da análise de dados públicos. **Resultados/Implicação prática:** Nas regiões foram observados importantes *déficits* de oferta de serviços de Saúde Mental de média complexidade, principalmente em municípios de pequeno porte. Há ainda pouca responsabilização pelas equipes de Saúde da Família quanto ao atendimento em Saúde Mental. Os profissionais especialistas se encontram presentes na maioria dos municípios, atuando a nível ambulatorial ou na APS, porém são insuficientes e têm fluxos de acesso pouco claros. Existe cobertura de CAPS para 98% dos municípios da região, observando-se a presença de diversos CAPS regionais. Entretanto, há uma dificuldade de acesso a esses serviços por questões logísticas ou de fluxo de rede e esses tendem a um funcionamento ambulatorial, ainda que mantendo oficinas e grupos terapêuticos. As internações são majoritariamente realizadas em hospitais psiquiátricos localizados na região central do Estado. Há presença importante de comunidades terapêuticas, sendo a maioria delas de gestão e financiamento filantrópico/privado. **Conclusão/Aprendizados:** Para a consolidação da RAPS é necessária a expansão e qualificação dos serviços territoriais de média complexidade e o desenho de arranjos para o atendimento regional aos pequenos municípios. Esse processo deve diminuir a demanda por internações, acompanhando a progressiva substituição dos leitos em hospital psiquiátrico. A qualificação do cuidado em Saúde Mental na APS é essencial e pode beneficiar-se da metodologia da PAS, levando a uma ampliação da clínica e reorganização dos serviços.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação da Atenção à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Saúde Mental.



542-1

## ESTRATÉGIA INOVADORA PARA A ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL NA APS NO BRASIL

### Autores:

Luiz Leonardo Louzada Nobrega<sup>1</sup>;  
Jackeline da Rocha Vasques<sup>2</sup>; Denis  
Axelrud Saffer<sup>3</sup>

<sup>1</sup> LNACS - Lion Nobre Assessoria e  
Consultoria em Saúde Ltda

<sup>2</sup> UFP - Universidade Federal do Paraná

<sup>3</sup> SPPAC - Saúde e Políticas Públicas  
Assessoria e Consultoria

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O projeto PROADI-SUS Saúde Mental na APS é executado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em parceria com CONASS, CONASEMS, OPAS e Secretarias Estaduais de Saúde. Utiliza o método da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e do Programa de Ação para reduzir as Lacunas em Saúde Mental da OMS para apoiar a organização da linha de cuidado de SM. Teve seu início em outubro de 2021 e segue em execução até dezembro de 2023. **Descrição e objetivos:** Descrever os resultados da etapa preparatória do projeto PROADI-SUS SM na APS, cujo objetivo é apoiar a organização dessa linha de cuidado em seis regiões de saúde piloto que implantaram a Planificação da Atenção à Saúde, há pelo menos dois anos. A etapa foi realizada entre março e maio de 2022. **Metodologia:** Este trabalho apresenta análise descritiva da etapa preparatória, a partir de informações do sistema de gestão da PAS e de relatos qualitativos de gestores. Esta etapa foi composta por oficinas de planejamento com secretarias estaduais e municipais de saúde. **Resultados/Implicação prática:** A etapa preparatória teve como resultados o diagnóstico do funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e do status da PAS; definição das unidades e atores estratégicos. De forma, comum às regiões de saúde, destacam-se *déficits* de cobertura de serviços de média complexidade e lacunas no cuidado em SM na APS. A etapa foi finalizada com a realização de *Workshop* de abertura e assinatura do termo de compromisso pelos gestores municipais das regiões piloto do projeto. Observou-se alto interesse dos gestores na implantação do projeto. As oficinas e o diagnóstico de redes identificaram a necessidade de qualificar o cuidado em SM nas Unidades Básicas de Saúde, por vezes, único serviço de referência em municípios de pequeno porte. Ficou evidenciado que esta qualificação é essencial para a consolidação da reforma psiquiátrica. O projeto vem construindo e experimentando metodologias inovadoras para apoiar a gestão, organizar serviços e qualificar os profissionais. **Conclusão/Aprendizados:** Considerando a necessidade de qualificação dos profissionais da APS para atender à crescente demanda em Saúde Mental, o projeto posiciona-se como uma iniciativa promissora para a organização da linha de cuidado de SM. Ressalta-se a APS como coordenadora do cuidado, garantindo o atendimento integral e assegurando a cidadania. Planeja-se a expansão da iniciativa para outras regiões de saúde, proporcionando também sua adaptação a contextos diversos.

**Palavras-chave:** Saúde, Mental, APS, Planificação, Brasil.



542-2

## IMPORTÂNCIA DA TUTORIA PARA DESENVOLVIMENTO DE TRABALHADORES NA SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM NECESSIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS NO ESTADO DO MARANHÃO

### Autores:

Luiz Leonardo Louzada Nobrega<sup>1</sup>;  
Antônia Sheilane Carioca Silva<sup>2</sup>;  
Kyzze Correia Fontes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CSPSMAEMC - Consultora em Serviço do Projeto Saúde Mental na APS no Estado do Maranhão/Caxias

<sup>2</sup> LNACS - Lion Nobre Consultoria e Assessoria em Saúde Ltda

<sup>3</sup> Therapeia - Therapeia - Claudia Aline de Brito Oliveira

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A tutoria tem fundamental importância na planificação da APS atuando junto a profissionais na reorganização dos processos de trabalho, sendo o tutor a figura facilitadora dessa estratégia educacional. **Descrição e objetivos:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência do processo educacional de tutoria junto a trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) na organização e implantação da linha de cuidado em Saúde Mental na APS, na Região de Saúde de Caxias, no estado do Maranhão, composta por sete municípios, sendo eles: Aldeias Altas, Caxias, Buriti, São João do Soter, Afonso Cunha, Coelho Neto e Duque Bacelar. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, descritiva, utilizando a técnica de observação participante durante a formação em tutoria de trabalhadores de uma Região de Saúde do Maranhão, no período de junho a outubro de 2022. Realizou-se instrumentalização por meio de materiais de apoio e suporte técnico, encontros presenciais e remotos da equipe Einstein com as referências técnicas do estado. Sendo posteriormente inseridas as analistas de tutoria na formação de tutores para replicação da metodologia da planificação aos trabalhadores da APS. **Resultados/Implicação prática:** A experiência possibilitou a ampliação do conhecimento, a troca de experiência entre os atores estaduais, municipais e a equipe do Saúde Mental na APS, reorganização dos processos de trabalho e principalmente no que tange ao alinhamento da proposta, a customização da metodologia e o fortalecimento para a articulação com as referências municipais de ambas as regiões. Além disso, os encontros proporcionaram o alinhamento das expectativas, o conhecimento da realidade de cada município no que se refere à segurança do paciente. Vale destacar a revisão do plano estadual de segurança do paciente, que já está em processo para publicação, contemplando os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e o pioneirismo do estado do Maranhão nestes primeiros movimentos junto aos municípios. **Conclusão/Aprendizados:** Verificou-se a relevância da discussão do processo, considerando a realidade local. Também a importância da equipe de consultoria em serviço do Einstein em fomentar a autonomia e o protagonismo dos representantes estaduais e municipais para a sustentabilidade e continuidade das ações, sendo incorporadas na rotina do processo de trabalho dos gestores e profissionais dos serviços de saúde.

**Palavras-chaves:** APS, Tutoria, Planificação, Saúde Mental.



**554-1**

## **A INTEGRAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (NEP) HOSPITALAR COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PLANIFICAÇÃO NA LINHA DE CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM UMA REGIÃO DO NORTE DO BRASIL**

### **Autora:**

Elizabeth Vieira de Camargo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMV - Prefeitura Municipal de Vilhena

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde no Cone Sul de Rondônia, implementou a PAS com o apoio do CONASS. Em 22, aderiu a PAS na linha de cuidado de Saúde Mental, por meio do PROADI-SUS – *Saúde Mental na APS*. **Descrição e objetivos:** Em 2022, aderiu a PAS na linha de cuidado de Saúde Mental, por meio do PROADI-SUS – *Saúde Mental na APS*, com apoio do Hospital Israelita Albert Einstein. O objetivo desta experiência é descrever a atuação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) hospitalar como apoio na replicação do método da planificação da atenção à Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde definidas como expansão em um município sede. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido em um município sede de uma região de saúde no norte do Brasil. **Conclusão/Aprendizados:** O NEP apoiou a Saúde Mental na APS por meio da participação nos momentos de gerenciamento da PAS. Diante da dificuldade de expansão do método, devido à insuficiência de quadro de recursos humanos, rotatividade de profissionais, falta de interesse e perfil de profissionais para a função de tutor e várias mudanças na gestão municipal. A equipe do NEP com a retaguarda da equipe Regional organizou um cronograma. O trabalho contemplou 04 equipes ESF que atendem uma média de 12 mil usuários no município, a partir de uma proposta de intervenção de educação na área de Saúde Mental.

**Palavras-chave:** APS, Educação Permanente, Planificação.



562-1

## PROMOÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) PARA OS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ATUANTES NO PROJETO SAÚDE MENTAL NA APS NA REGIÃO DE SAÚDE DE CAXIAS – MA

### Autores:

Marluce Oliveira Sá<sup>1</sup>; Luiz Leonardo Louzada Nobrega<sup>1</sup>; Antônia Sheilane Carioca Silva<sup>1</sup>; Kyzze Correia Fontes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES - Secretaria Estadual de Saúde – MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A OMS preconiza a implantação de PICS nos serviços públicos de saúde, buscando-se meios terapêuticos simples sem tecnologias científicas duras, focando na saúde e não na doença (SOUSA; BARROS. 2018). **Descrição e objetivos:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência da promoção de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, junto aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde durante as atividades presenciais e remotas na implementação do Projeto Saúde Mental na APS na Região de Saúde de Caxias no estado do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência descritivo com abordagem qualitativa, sobre a oferta de terapias definidas como PICS aos profissionais de saúde da APS atuantes no Projeto de Saúde Mental na APS na Região de Caxias - MA, por meio de observação participante durante os encontros presenciais e remotos entre trabalhadores e Equipe de Consultoria em Serviço Einstein, durante os meses de fevereiro a outubro do ano de 2022. Tais terapias consistem em: condução de Meditação Guiada associada ao Reik Coletivo e Aromaterapia, com sessões de 20 minutos antes do início de cada atividade do projeto. **Resultados/Implicação prática:** Como resultados obtivemos encontros mais produtivos, com maior participação ativa e absorção dos conteúdos abordados, com relato de melhora de vários sinais e sintomas de angústia, tensão, estresse, entre outros sintomas relacionados a problemáticas de Saúde Mental. Tais práticas como preconiza a OMS, produzem benefícios a curto prazo, colocam o indivíduo no centro do cuidado e contribuem com sua autonomia. Verificou-se a importância da adoção de tais práticas devido aos relatos e necessidade de cuidado em Saúde Mental por parte dos trabalhadores, por estes entenderem que necessitam de cuidado e Saúde Mental para que consigam ofertar um cuidado em saúde com qualidade e acolhimento aos usuários da Atenção Primária à Saúde no SUS. **Conclusão/Aprendizados:** Ao se trabalhar de forma teórico-prática nos projetos, deve-se encontrar meios de proporcionar boas práticas de cuidado na vivência individual e coletiva dos participantes. Os processos fomentados durante o projeto Saúde Mental na APS levam também a uma reflexão crítica não só dos processos de trabalho cotidianos, mas também na necessidade do cuidado em Saúde Mental dos trabalhadores envolvidos.

**Palavras-chave:** Práticas Integrativas e Complementares, Saúde Mental, Educação, Acolhimento, Humanização.



**568-2**

## **CONSULTORIA REGIONAL - MELHORIAS EM PROCESSOS DE GESTÃO DE SAÚDE**

### **Autores:**

Kyzze Correia Fontes<sup>1</sup>, Antônia  
Sheilane Carioca Silva<sup>1</sup>, Luiz  
Leonardo Louzada Nobrega<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nobre Lion - Nobre Lion Assessoria e  
Consultora Ltda

<sup>2</sup> Therapeia - Therapeia - Claudia Aline de  
Brito Oliveira

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Consultoria do Projeto Saúde Mental apoia a gestão e os profissionais da APS na organização do processo de trabalho, a partir de ferramentas que auxiliem no diagnóstico, planejamento e monitoramento.

**Descrição e objetivos:** O presente trabalho visa relatar as contribuições da Consultoria Especializada do Projeto Saúde Mental na APS, coordenada pelo Hospital Israelita Albert Einstein na melhoria da Gestão em Saúde em contexto Regional para o aprimoramento da cultura do monitoramento dos processos em saúde na Região de Caxias – MA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo do tipo relato de experiência, realizado a partir das observações durante o desenvolvimento do projeto Saúde Mental na APS, na Região de Caxias no estado do Maranhão, durante o ano de 2022, por meio da realização das seguintes atividades com a gestão local: etapa de preparação do projeto, momentos presenciais de planejamento logístico e apresentação da etapa, oficinas de planejamento com a Secretaria Estadual de Saúde e com Secretarias Municipais, oficinas de monitoramento e reuniões semanais de alinhamento com a equipe de consultores. **Resultados/Implicação prática:** A organização dos processos de trabalho na gestão regional foi fortalecida com o apoio da equipe de Consultoria do projeto, por meio de ações realizadas com os técnicos de gestão e com os profissionais da assistência no território Regional. Por meio de atividades presenciais e remotas foram planejadas e executadas ações previstas no processo de desenvolvimento de Saúde Mental na APS e nos Planos de Ação de cada município. Verifica-se que é um movimento ascendente, evidenciando o protagonismo dos profissionais da ESF, que em sua maioria são tutores do projeto. Além disso, visou-se potencializar a cultura do monitoramento nas referências técnicas (estaduais, municipais e regional), bem como a integração dos projetos disponíveis no território que tem como finalidade a organização da RAS. **Conclusão/Aprendizados:** Foi possível a criação de Grupos Condutores Estadual, Regional e Grupos Condutores Municipais para a organização e acompanhamento do Projeto Saúde Mental na APS. Por meio da utilização do Plano de Ação, os técnicos de gestão puderam acompanhar as ações e monitorar os indicadores junto com os profissionais das equipes de maneira horizontalizada, potencializando a gestão e a comunicação.

**Palavras-chaves:** Gestão em Saúde, Saúde Mental, Atenção Primária.



576-1

## EXPERIÊNCIAS DE UMA UNIDADE LABORATÓRIO EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO: O INÍCIO DA ORGANIZAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO SAÚDE MENTAL

### Autores:

Emília Priscila Andrade dos Santos e Silva<sup>1</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>1</sup>; Erlanne Lúvia Dias Batista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias - MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A integralidade do cuidado ao usuário na Atenção Primária à Saúde (APS) requer cada vez mais avanços e uma melhor organização de linhas de cuidado a partir das equipes de Saúde da Família (ESFs). No cenário atual, uma das demandas gritantes é o cuidado em Saúde Mental. Os Transtornos Mentais (TM) enquanto condições crônicas, têm ocupado lugar de discussão e interesse de estudiosos, pesquisadores e, principalmente, dos trabalhadores que atualmente têm uma demanda de atendimentos nunca vista antes, sendo a segunda maior causa global de incapacidade, o que mostra a gravidade e, portanto, necessidade de intervenção. A equipe da UBS Baixinha no município de Caxias MA, tem sido Unidade Laboratório para as primeiras experiências de oficinas tutoriais do projeto Saúde Mental na APS, desenvolvido pelo Instituto Israelita Albert Einstein (IIAE). O trabalho está voltado para o reconhecimento da área e usuários que estavam “perdidos na rede” sem contato com a nossa ESF para seu monitoramento, com a finalidade de descentralizar seus atendimentos e trazer este vínculo para a equipe multiprofissional da UBS. **Descrição e objetivos:** Relatar o processo de trabalho da equipe frente ao reconhecimento de sua responsabilidade no âmbito dos serviços em Saúde Mental, para prestar uma atenção contínua, efetiva e com qualidade. **Metodologia:** Diante da proposta trazida pelo IIAE para nosso município, a equipe da UBS Baixinha se dispôs a realizar um diagnóstico situacional da área adscrita e de seus respectivos pacientes com TM, utilizando os instrumentos trazidos em *Workshops* e Tutorias realizados pela Tutora da própria Unidade. Os planos de ação a cada etapa têm mostrado eficácia no desafio dessa organização. **Resultados/Implicação prática:** Com a inserção de toda a equipe neste projeto, hoje, todos os profissionais têm engajado para o desenvolvimento de ações contínuas, proativas e integradas, e, portanto, conseguido estabelecer um acompanhamento gradual aos pacientes que estão vinculando à sua respectiva UBS. **Conclusão/Aprendizados:** A equipe tem reconhecido sua capacidade em cuidar de transtornos leves a moderados, assim como tem percebido a necessidade de intervenções diferenciadas para o cuidado em Saúde Mental, a fim de desafogar os locais de especialidade, e em busca de organizar o fluxo desses usuários. Entendeu-se ainda, que a organização a partir da Planificação de Atenção à Saúde facilita todo o processo de integração de Saúde Mental na APS.

**Palavras-chave:** Organização de Linha de cuidado, Saúde Mental, Unidade Laboratório.



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Eixo:

Assistência em Cuidados Paliativos na RAS



73-1

## ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA DO NASF-AB EM CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autora:

Jéssica Oliveira Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FESF SUS/ FIOCRUZ - Fundação Estatal Saúde da Família

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O aumento da população de idosos e da prevalência de doenças crônicas implica na necessidade de organizar serviços de saúde e capacitar os profissionais para ofertar Cuidados Paliativos (CP). **Descrição e objetivos:** Relatar limitações e potencialidades da atuação do Fisioterapeuta na realização dos atendimentos em Cuidados Paliativos, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). **Metodologia:** O trabalho descreve a experiência dos atendimentos em Cuidados Paliativos realizadas por uma Fisioterapeuta do NASF, residente em saúde da família pela FESF-SUS/FIOCRUZ. Os atendimentos foram realizados juntamente com os profissionais da equipe mínima e a agente comunitária de saúde, nos territórios de Vila Canária e Dom Avelar, no município de Salvador/BA. **Resultados/Implicação prática:** As Redes de Atenção à Saúde (RAS) orientam a oferta de CP também na APS, que é a porta de entrada do sistema e responsável por coordenar o cuidado de saúde. O Fisioterapeuta atua na APS como integrante da equipe do NASF. As principais intervenções fisioterapêuticas em pacientes de CP são: orientações de posicionamento, prevenção de úlceras de pressão, condutas analgésicas, técnicas de relaxamento, exercícios aeróbicos, drenagem linfática, mobilização e técnicas respiratórias. Dentre os desafios observados, estão que os atendimentos domiciliares exigem tempo, os recursos são limitados, os profissionais não são formados para lidar com as demandas do CP, a equipe precisa esclarecer as intervenções aos pacientes e às famílias, o que exige dedicação e vínculo, gerando desafios éticos e morais. **Conclusão/Aprendizados:** Uma atuação qualificada do Fisioterapeuta exige a transição na forma de cuidar, educação permanente e investimentos em pesquisas sobre o tema. Também é necessário a definição de protocolos para identificação de pacientes elegíveis em CP, de maneira precoce, evitando a oferta restrita a momentos avançados da doença, em que os pacientes se encontram com limitações funcionais e sociais complexas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Cuidados Paliativos, Fisioterapia, NASF.



86-2

## “COM AMOR SUS” - CARTA ABERTA DO SUS AOS TUTORES MUNICIPAIS

### Autores:

Hiago Daniel Herédia Luz<sup>1</sup>; Camila Gabriela Gonzalez<sup>1</sup>; Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SMSPK - Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kubitschek

<sup>2</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein



**Descrição e objetivos:** A intervenção cultural é uma carta aberta escrito pelo Sistema Único de Saúde, endereçada a todos os tutores e preceptores do projeto saúde em rede, nela o SUS tem por objetivo fazer um desabafo sobre os desmontes que tem vivido e incentiva todos os tutores a perseverar na certeza de que “amanhã será outro dia”, baseado no *slogan* da décima sétima conferência nacional de saúde planejada para 2023. A carta é escrita em tom pessoal, num tom amistoso, fraternal e de muita empatia. A carta foi apresentada na oficina tutorial da Etapa 8.1 do programa saúde em rede na cidade de Diamantina, Minas Gerais. A apresentação terá um tempo máximo de 5 minutos de duração. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** SUS, Resistência, Planificação, Tutores, Carta Aberta.



# Com amor, SUS



QUERIDOS TUTORES E PRECEPTORES,

Fiquei sabendo dos perrengues que vocês tutores têm passado na condução do Planifica SUS em seus municípios e eu tenho propriedade pra falar que não é fácil, afinal de contas são 30 anos que estou sendo subfinanciado e deixado à míngua, governo após governo. Apesar de tudo, tenho percebido que vocês têm dado o máximo de si para que a planificação ocorra, por mais que pareça utópico, vocês acreditam e fazem de tudo um pouco para dar certo. Fiquem tranquilos, vai dar certo. Nem eu que sou o maior sistema público de saúde do mundo não consigo ser universal, equitativo e integral em 100% do tempo e em todas as ações. Tô percebendo também que vocês não param de pensar em saúde em rede, assim como em Previne Brasil, POEPS, nos pacientes, nas secretarias de saúde, nos profissionais e na melhoria dos salários. Dá pra saber que ainda que não percebido e publicizado, a dedicação é integral, temos visto que as equipes que vocês fazem parte também estão sobrecarregadas, e que vocês tem feito o melhor que pode, seja nas confraternizações, reuniões de equipes, reuniões individuais, conversas informais, no açaí, no café, enfim, vocês tem integrado e esse já é um grande passo. Planejar requer muita dedicação e colocar as ações em prática é um enorme desafio, mas com um plano de ação redondinho e estratégias executáveis os resultados serão alcançados. Fiquem calmos, porque amanhã será outro dia e logo, logo, vocês vão colher tudo aquilo que tem plantado. Escrevo essa carta aberta confiante nas mudanças que virão.

DO SEU UNIVERSAL, EQUITATIVO E INTEGRAL SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,

## Com amor SUS!

P.S. Amanhã será outro dia!






**192-2**

## **RELATO DE CASO ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA: EFETIVANDO NA PRÁTICA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA APS**

### **Autores:**

Paula Vanessa Holanda da Silva<sup>1</sup>;  
Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>1-2</sup>;  
Maria Janailma Souza Santos<sup>1</sup>; Ana  
Carolina Coelho de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBS Santo Antônio I - Unidade Básica de  
Saúde da Família Santo Antônio I, II e III

<sup>2</sup> IIRS - Instituto Israelita de  
Responsabilidade Social Albert Einstein

**Descrição e objetivos:** O presente estudo tem como objetivo realizar um relato de experiência da abordagem paliativa completa por parte de uma equipe de saúde da família frente ao sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave, considerando a pessoa como centro do cuidado em suas dimensões física, psíquica, social e espiritual, bem como a descrição do uso das ferramentas pela equipe até o processo de morte da paciente e suporte ao luto dos seus familiares. Pernambuco, Caruaru, Belo Jardim, Unidade Básica de Saúde da Família Santo Antônio I, II e III. O vídeo possui 5 minutos e 43 segundos atendendo a regra de submissão dos trabalhos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresse vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Integralidade, Planificação, Condições Crônicas.



192-3

## CUIDADOS PALIATIVOS E APS: EXPERIMENTANDO SINERGIAS TEÓRICAS E PRÁTICAS NA EFETIVAÇÃO DA PESSOA COMO CENTRO DO CUIDADO

### Autores:

Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>1</sup>;  
Ana Carolina Coelho de Almeida<sup>1-2</sup>;  
Maria Janailma Souza Santos<sup>1</sup>; Paula  
Vanessa Holanda da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - Instituto Israelita de  
Responsabilidade Social Albert Einstein

<sup>2</sup> SESA - Secretaria de Estado da Saúde de  
Pernambuco

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** De acordo com a PNAB, os Cuidados Paliativos encontram-se entre as diversas atribuições da APS. Vale destacar que a OMS vem impulsionando os Cuidados Paliativos de forma integrada à prática da APS, no intuito de efetivar a pessoa no centro do cuidado. A prática envolve desmistificar esta assistência para profissionais e pessoas que necessitam deste cuidado, a atuação em rede, a oferta de medicamentos para controle de sintomas, oferta de apoio na Saúde Mental e social, além de ações de educação permanente. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de uma equipe de saúde da família na implantação dos Cuidados Paliativos sistematizados na APS, em um município de Pernambuco, configurado enquanto unidade laboratório do PlanificaSUS. **Metodologia:** A partir da realização de *Workshop* e oficinas tutoriais, a equipe de saúde foi apresentada aos elementos teóricos e práticos constituintes da “metodologia da planificação” voltados para os Cuidados Paliativos. Foram identificados pacientes elegíveis para abordagem paliativa completa, por meio da ferramenta de elegibilidade (SPICT-BR) e priorizados os casos para sistematização do cuidado, por pergunta surpresa. Além disso, foram elaborados os Planos de Cuidado contemplando a biografia, dimensões física, psíquica, social e espiritual, o planejamento antecipado de cuidados, cuidado ao familiar e/ou cuidador e utilizadas as escalas de Sintomas de Edmonton e *Palliative Performance Scale*. **Resultados/Implicação prática:** Desenvolver a competência da equipe para a organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Configurou-se, portanto, como momento de discussão e mudança no *modus operandi* da equipe e do serviço, com foco no direito à saúde, integralidade do cuidado e nos princípios e atributos da APS. **Conclusão/Aprendizados:** Considerando o conceito atual de Cuidados Paliativos, é importante ressaltar que os passos que garantem a abordagem paliativa completa devem ser executados de forma rotineira em um cenário de APS qualificado. Traz a oportunidade de organizar a atenção às pessoas, familiares/cuidadores em qualquer fase do ciclo de vida com sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave, ao considerar a pessoa como centro do cuidado em suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Atenção Primária à Saúde, Planificação, Condições Crônicas, Integralidade.



**192-4**

## **ABORDAGEM PALIATIVA COMPLETA: RELATO DE CASO VIVENCIADO NA APS**

### **Autores:**

Ana Carolina Coelho de Almeida<sup>1</sup>;  
Paula Vanessa Holanda da Silva<sup>2</sup>;  
Maria Janailma Souza Santos<sup>3</sup>;  
Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SESA - Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco

<sup>2</sup> UBS Santo Antônio I - Unidade Básica de Saúde da Família Santo Antônio I, II e III

<sup>3</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Jardim

<sup>4</sup> IIRS - Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Paciente 34 anos, casada, católica. Em 2020, iniciou pré-natal e a partir dos exames foi confirmado o câncer ovariano em metástase, refratário aos tratamentos antitumorais. Foi submetida, ainda gestante, a vários procedimentos, incluindo a colostomia e apesar de realizar radioterapia, a doença evoluiu rapidamente. Foi proposto à paciente o tratamento com quimioterapia, com recusa ao tratamento. Vivenciava conflito espiritual, desânimo na fé, evoluindo com episódios de dores intensas incapacitantes que foram relacionadas a angústia, tristeza e medo dos erros do passado, além de edema em membros inferiores e dispneia ao esforço. Durante o início do tratamento sua família não esteve presente, o que gerou sofrimento. **Descrição e objetivos:** Descrever um relato de caso de uma paciente que em 2022 foi acompanhada por 2 meses e 15 dias por sua Equipe de Saúde, utilizando a abordagem paliativa completa frente ao sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave considerando, as dimensões física, psíquica, social e espiritual. **Metodologia:** Diante da proximidade da morte, foi mantida conduta respeitosa, com escuta qualificada centrada na necessidade da paciente, que por sua vez ficava registrado em prontuário. As visitas ocorriam a cada 08 dias e duravam em média 40min., com objetivo de abordar tanto a dimensão física (sintomas desconfortáveis e desempenho funcional) quanto os aspectos psíquicos, sociais e espirituais. **Resultados/Implicação prática:** Tal experiência permitiu desenvolver uma abordagem com foco no direito à saúde, ao considerar a pessoa no centro do cuidado de diversas formas: (1) procedimentos desnecessários evitados; (2) organização da assistência domiciliar; (3) respeito às escolhas relacionadas ao dia da morte; (4) retomada de vínculos familiares e pessoais; (5) vivências espirituais e (6) busca pelo bem-estar. **Conclusão/Aprendizados:** É importante ressaltar que a abordagem das questões do fim da vida, de forma coerente, com os valores cultural, religioso, espiritual e social da paciente foi desenvolvida de forma respeitosa, potencializando os conhecimentos e habilidades prévias da equipe, a partir das ferramentas disponibilizadas pela metodologia do PlanificaSUS, onde foram ofertados elementos conceituais e metodológicos que permitem organizar a atenção às pessoas em qualquer fase do ciclo de vida, com sofrimento atrelado a uma condição de saúde grave de forma a respeitá-la como centro do cuidado.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Atenção Primária à Saúde, Planificação, Integralidade, Plano de Cuidado.



210-1

## A ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM APOIO DE UM PROJETO DE TELESSAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO TELENORDESTE EM ALAGOAS

### Autores:

Mônica Rossatti Molina<sup>1</sup>; Raquel Prado Thomas<sup>1</sup>; Bruno Belo Lima<sup>1</sup>; Juliana Salomão Rocha de Oliveira<sup>1</sup>; Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi<sup>1</sup>; Maria Lúcia Bezerra Feitosa<sup>2</sup>; Alexandra Amélia Silva Ludugero<sup>2</sup>; Rafael Saad Fernandez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

<sup>2</sup> SESAU/AL - Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Atualmente, menos de 10% da população acessa Cuidados Paliativos (CP), sendo a Telessaúde uma ferramenta de apoio matricial, com potencial de ampliar o acesso e garantir a integralidade do cuidado. **Descrição e objetivos:** O TeleNordeste é um projeto colaborativo PROADISUS, cuja premissa é validar um modelo de acesso a especialidades focais, cuja operacionalização é inspirada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, por meio da modalidade de Teleinterconsulta, permitindo a elaboração de um plano terapêutico compartilhado entre a APS e especialista focal, para pacientes de alta complexidade. O objetivo deste relato é descrever a estratégia de implementação da Linha de CP no Alagoas, com apoio do TeleNordeste. **Metodologia:** Foram realizados alinhamentos pré-operacionais entre a BP e as instâncias técnicas da Secretaria Estadual de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e Gerência da Atenção Hospitalar. Como atividades para estes encontros, foram mapeadas a definição dos fluxos operacionais e elaborada a estratégia de mapeamento dos insumos disponíveis nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de estratificação de pacientes elegíveis, tanto na APS quanto nas instâncias com potencial de contrarreferência (Atenção hospitalar, SAD e especializada). **Resultados/Implicação prática:** Os fluxos operacionais foram baseados em variáveis relevantes, identificadas pelas equipes: se paciente domiciliado; local da indicação de CP e se em seguimento em Unidade Básica de Saúde aderente ao projeto. Como cenários de oportunidade, destacaram-se a Teleinterconsulta para apoio matricial à APS no manejo do paciente com doenças ameaçadoras à vida e suporte ao luto; apoio ao paciente domiciliado por meio de Teleinterconsulta em Visita Domiciliar, apoio à Alta Segura e desospitalização e seguimento conjunto com Atenção Especializada. Serão avaliadas as características sociodemográficas dos pacientes incluídos na linha, bem como desfechos clínicos, como redução de internações, escala de sintomas, qualidade de vida, estresse do cuidador e cumprimento das metas terapêuticas. **Conclusão/Aprendizados:** A implementação de um serviço de Cuidados Paliativos demanda diversos pontos de atenção e articulação nas RAS para que a intervenção seja assertiva e não produza desfechos iatrogênicos. Urge fortalecer iniciativas para a sensibilização e promoção do acesso à especialidade, bem como gerar evidências da sustentabilidade desta solução como uma forma de prover acesso qualificado à CP na APS.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Linha de Cuidado, TeleNordeste, Telessaúde.



210-2

## COMPARTILHAMENTO DE CUIDADO ENTRE EQUIPE DA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E PALIATIVISTA NA VISITA DOMICILIAR: UMA EXPERIÊNCIA BEM-SUCEDIDA POR MEIO DA TELEMEDICINA

### Autores:

Desireé Souza Filizzola<sup>1</sup>; Juliana Grazina<sup>1</sup>; Ludmilla Guimarães de Oliveira<sup>1</sup>; Rafael Saad Fernandez<sup>1</sup>; Ráilda Alves da Silva Carone<sup>1</sup>; Romário de Sousa Oliveira<sup>2</sup>; Emília Priscila Andrade dos Santos e Silva<sup>2</sup>; Mônica Rossatti Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup> BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

<sup>2</sup> SMS Caxias/MA - Secretaria Municipal de Saúde - Caxias - Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Projeto TeleNordeste propõe-se a gerar evidências de matriciamento por Telessaúde em Cuidados Paliativos com objetivo de ampliar acesso à especialidade, no contexto da Atenção Primária à Saúde. (APS)

**Descrição e objetivos:** Descrever a experiência do atendimento domiciliar realizado por meio de teleinterconsulta, entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a equipe de Paliativos do projeto com o apoio de CP do projeto TeleNordeste para uma paciente com síndrome demencial avançada. **Metodologia:** A identificação da necessidade de CP foi realizada pela ESF, bem como o agendamento e a assinatura de termo de consentimento. A teleinterconsulta foi organizada para a ocasião da visita domiciliar multidisciplinar, com videochamada realizada por meio de celular do médico. Até o momento, foram realizados dois encontros, com espaçamento de sete dias. **Resultados/Implicação prática:** A comunicação entre as partes transcorreu sem dificuldades técnicas. O médico da ESF iniciou a discussão com dados clínicos relevantes e mediou o contato entre a paliativista, o paciente e os familiares, para complementação propedêutica. Foi realizada a discussão técnica quanto aos diagnósticos e acolhimento, com orientações sobre a trajetória do adoecer e apoio ao cuidador. O plano terapêutico foi endereçado para medidas de conforto. Foi abordada a intolerância e a possibilidade do agravamento de *delirium* mediante o uso de sonda nasoenteral, sugerindo-se a retirada do dispositivo, dieta de conforto e acompanhamento nutricional. Foi realizado ajuste medicamentoso para gemência noturna, apresentando melhora dos sintomas. Foram programados encontros semanais para monitoramento de sintomas. **Conclusão/Aprendizados:** Pela telemedicina foi possível criar um plano terapêutico em CP, conduzindo um final de vida digno, maior tempo em domicílio e vinculação com familiares e ESF, fortalecendo a educação continuada na especialidade. Para o funcionamento da estratégia, demanda-se garantir o fornecimento de insumos, fluxo de óbito e compreensão da proposta terapêutica nos demais pontos das RAS.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Linha de Cuidado, TeleNordeste, Telessaúde.



211-1

## EDUCAÇÃO ATIVA EM SAÚDE PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS FRÁGEIS COM POLI-INCAPACIDADES OU NECESSIDADES COMPLEXAS E CONSTRUÇÃO DO PLANO DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL

### Autores:

Frederico Aparecido de Oliveira Medeiros<sup>1</sup>; Leiriane Alves de Souza<sup>1</sup>; Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rúbia Pereira Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup> Centro Colaborador PAS Uberlândia - Centro Colaborador PAS Uberlândia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O remodelamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa, no município de Uberlândia, segue a Planificação da Atenção à Saúde, proposto pelo Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS), seguindo o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), onde os idosos são estratificados por risco, usando o IVCF-20. **Descrição e objetivos:** Nesse contexto, a Equipe de Saúde Bucal (ESB) do Setor Sanitário Sul, sob gestão da Organização Social (OS) Missão Sal da Terra/SMS, desenvolveu capacitação para a sistematização do cuidado à pessoa idosa e construção do Plano de Cuidado em Saúde Bucal, com foco em idosos frágeis com poli-incapacidades ou necessidades complexas, que estão acamados ou com dificuldades de ir à UBS. **Metodologia:** Elaboração do documento “Organização do cuidado e plano de cuidado em saúde bucal em idosos frágeis com poli-incapacidades ou necessidades complexas”, composto pelo protocolo assistencial, incluindo o IVCF-20 e as orientações para elaboração do plano de cuidado em saúde bucal. Foi oferecido um minicurso on-line, com: pré-teste (dez questões de múltiplas escolhas) para medir o nível de conhecimento; vídeo instrucional narrado, em formato de *slides*; e pós-teste (as mesmas perguntas de múltiplas escolhas) para avaliar o nível de aprendizado. **Resultados/Implicação prática:** Adesão de 80% dos profissionais da equipe de saúde bucal, em todas as fases da capacitação. Dentre as categorias profissionais, 89% dos Cirurgiões Dentistas (n=25), 69% dos Técnicos em Saúde Bucal (n=09) e 73% (n=11) dos Auxiliares em Saúde Bucal. A partir dos dados obtidos, foi possível perceber que dos 45 profissionais inscritos, 78% (n=35) visualizaram o vídeo na plataforma Zoom e 89% (n=40) responderam ao pós-teste. **Conclusão/Aprendizados:** A capacitação por meio da metodologia do curso on-line mostrou-se eficaz, com grande participação da ESB. Permitiu o monitoramento da aprendizagem e participação dos profissionais. Percebeu-se uma maior segurança para o manejo e na elaboração do plano de cuidado para o idoso frágil. A elaboração do plano de cuidado com orientações de saúde bucal, junto às demais orientações da equipe multidisciplinar, melhora a qualidade de vida do idoso frágil e propicia aos familiares e cuidadores orientações importantes para a manutenção da saúde bucal. Trouxe a integração dos profissionais da equipe de saúde bucal com os demais profissionais da APS por meio da elaboração do plano de cuidado. O desafio é fazer com que a capacitação alcance 100% dos profissionais.

**Palavras-chave:** Plano de Cuidados, Pessoa Idosa, Saúde Bucal, Planificação, Atenção Primária à Saúde.



213-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Lucas Pereira Silva<sup>1</sup>; Melyne Serralha Rocha<sup>2</sup>; Rubia Pereira Barra<sup>3</sup>; Leonardo Castro Alves<sup>1</sup>; Larissa Cavalcanti Botelho Soares<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBSF Santa Luzia - MSDT - Unidade Básica de Saúde da Família Santa Luzia

<sup>2</sup> MSDT - Organização Social Missão Sal da Terra

<sup>3</sup> CONASS - Centro Colaborador PAS Uberlândia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Hoje no Brasil, grande parte da assistência paliativa está disponível apenas nos hospitais. A prestação de Cuidados Paliativos (CP) na APS no SUS é rara e frágil, exigindo novas metodologias. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Santa Luzia, em Uberlândia-MG, cuja gestão é da Organização Social Missão Sal da Terra/SMS, na construção e implementação dos Cuidados Paliativos nas rotinas da equipe vinculadas ao cuidado domiciliar e em rede, demonstrando brevemente como se deu o processo de criação e formação da nova rotina de atendimento. **Metodologia:** A UBSF Santa Luzia é a unidade laboratório para a Planificação da Atenção à Saúde no Setor Sul. Utilizou-se de tecnologias educativas para implantação do macroprocesso de CP, onde a equipe de saúde da família se capacitou, por meio de oficinas tutoriais de ensino auxiliados pelas equipes do CONASS e Instituto Hospital Albert Einstein (PROADI-SUS), realizando oficinas em um intervalo de 6 meses. Nesse período a equipe passou por treinamentos em horário protegido para que pudesse aprender a identificar as pessoas elegíveis, aplicar as rotinas de Cuidados Paliativos, levando para realidade e contexto da população. **Resultados/Implicação prática:** Após a conclusão do processo de implantação foram obtidos resultados promissores do cuidado dos pacientes, sendo notada melhora da assistência domiciliar, fortalecimento de vínculo com a equipe, redução de conflitos familiares e diminuição de internações recorrentes, fato este evidenciado por um caso onde houve redução total de internações após o início da atenção paliativista. Criou-se uma rotina semanal de atendimento à pessoa em paliatividade, incorporando os atendimentos na rotina de consultas domiciliares feitas pela equipe. Foi realizado o levantamento da quantidade de pacientes em necessidade de CP, sendo 26 pacientes elegíveis, onde são atendidos inicialmente aqueles em estágio de fim de vida já estabelecido e também com maior vulnerabilidade e dependência. **Conclusão/Aprendizados:** O vínculo exercido pela equipe da APS traz maior facilidade para trabalhar o tema, assim como falar sobre assuntos delicados como morte e luto. A implementação dos CP na APS leva não só dignidade à pessoa em estágio de fim de vida, mas pode evitar internações desnecessárias, distanásia, perda de conforto e autonomia, com foco na qualidade e história de vida e vontades do paciente e familiares.

**Palavras-chave:** Cuidado Paliativo, Assistência Paliativa, Atenção Primária em Saúde.



222-1

## AMBULATÓRIO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO PRESTADOR DE ASSISTÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

### Autores:

Regina Grespan<sup>1-2</sup>; Cibele  
Sequeira<sup>1-2-3</sup>; Christiane Laporta<sup>1</sup>;  
Raquel Terezam<sup>1-2-3</sup>; Beatriz Sequeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PMSCS - Prefeitura Municipal de São  
Caetano do Sul

<sup>2</sup> USCS - Universidade Municipal de São  
Caetano do Sul

<sup>3</sup> CUSC - Centro Universitário São Camilo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** As Práticas Integrativas e Complementares estão presentes, de modo teórico, em cursos da saúde, na Universidade Municipal de São Caetano do Sul, porém há a necessidade da prática. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência da implantação do ambulatório de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para prestar assistência em Cuidados Paliativos. Realizado em 2018, devido à necessidade dos alunos aprenderem a executar o que foi ensinado em sala de aula. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. A observação dessa experiência foi realizada durante o mês de outubro de 2022. **Resultados/Implicação prática:** A implantação do ambulatório foi de iniciativa da docente da Universidade Municipal de São Caetano do Sul. Firmou-se parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul para garantir o fluxo de atendimento. Os tratamentos condizem com a formação da docente preceptora do ambulatório, sendo eles: reiki, shiatsu, terapia de florais e auriculoterapia. Foram atendidos no ambulatório vários pacientes que necessitavam de Cuidados Paliativos. Notou-se grande adesão ao tratamento. Muitos pacientes relataram, no retorno, melhora na qualidade do sono, apetite, dores e estado emocional. Todos os atendimentos são realizados pela docente acompanhada de discentes de diversos cursos da área da saúde, o que proporcionou ricas discussões sobre os casos atendidos. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação do ambulatório acadêmico de PICS pode contribuir para o aumento da percepção dos discentes em relação às diferentes práticas terapêuticas que podem beneficiar o paciente que necessita de Cuidados Paliativos.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Práticas Integrativas e Complementares, Sistema Único de Saúde.



246-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ABORDAGEM EM EDUCAÇÃO E SAÚDE SOBRE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES PALIATIVOS

### Autores:

Esthefania Cimadon dos Santos<sup>1</sup>;  
Silvanya Pereira Cruz<sup>1</sup>; Juliana Zenaro  
Rodrigues<sup>2</sup>; Beatriz Amaro Rocha<sup>2</sup>;  
Silvana Souza Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ESF São Miguel I - Estratégia Saúde da  
Família São Miguel I

<sup>2</sup> SMS Campo Verde - Secretaria Municipal  
de Saúde do Município de Campo Verde  
MT

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre uma abordagem educativa desenvolvida com uma Equipe de Atenção Básica no Município de Campo Verde – MT. **Descrição e objetivos:** O objetivo do processo educativo foi realizar uma educação em saúde com profissionais da Estratégia Saúde da Família da Unidade São Miguel I, com o intuito de demonstrar os cuidados odontológicos em pacientes paliativos. **Metodologia:** Participaram do processo educativo cerca de 10 profissionais da saúde, sendo 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal, 4 agentes comunitários de saúde, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 recepcionista. Foi realizada uma palestra no dia 11 de outubro de 2022 com enfoque participativo para exposição de dúvidas relacionadas, em que foi discutido os principais aspectos sobre Cuidados Paliativos, a importância da saúde bucal incluindo principais alterações bucais que podem ser encontradas nesses pacientes e sobre a aplicação dos Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde. **Resultados/Implicação prática:** A experiência da prática permitiu que a equipe ampliasse o seu conhecimento acerca dos Cuidados Paliativos e de saúde bucal, o que implica na melhora da qualidade de atendimento dos pacientes, promovendo uma maior integralidade do cuidado na Unidade Básica. **Conclusão/Aprendizados:** Desta forma, foi possível demonstrar à Equipe de Atenção Básica a importância da saúde bucal nos pacientes paliativos, visto que estes demandam uma visão mais holística nos cuidados desde a prevenção ao tratamento e de forma humanizada.

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Educação, Odontologia, Saúde Bucal.



248-2

## CONHECENDO AS VULNERABILIDADES DA POPULAÇÃO IDOSA POR MEIO DO IVCF-20: UM OLHAR PARA O CUIDADO PALIATIVO

### Autores:

Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>;  
Andreia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>;  
Erick Michell Bezerra Oliveira<sup>1</sup>;  
Fernanda Angélica Vilanova Assunção  
Almeida<sup>1</sup>; Shirley Dayane Santana da  
Silva Almones<sup>1</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde  
de Caxias-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O envelhecimento populacional é um fato crescente no mundo, o que vem resultando na mudança do perfil epidemiológico, com o aumento de doenças crônicas e incapacidades funcionais, fato que demonstra a necessidade de uma maior atenção a este grupo. Desde março de 2021, o município de Caxias, Maranhão vem realizando a triagem dos idosos por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), instrumento que rastreia a fragilidade da pessoa idosa, pela avaliação da idade, autopercepção da saúde, atividades diárias, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas, agrupando-os em três grupos: robusto, risco de fragilização ou pré-frágil e frágil. Estima-se que 50% dos idosos sejam robustos, 30% pré-frágeis e 20% frágeis. Os idosos frágeis ainda são subdivididos em três subgrupos: idoso frágil com alto potencial de melhora funcional, idoso frágil com baixo potencial de melhora funcional e idoso frágil em fase final de vida. Além dessa classificação, o IVCF-20 poder ser útil no manejo clínico desta população pela Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo, quando necessário, o apoio da Atenção Ambulatorial Especializada, com foco nas intervenções do Cuidado Paliativo. **Descrição e objetivos:** Conhecer o estrato clínico-funcional dos idosos de Caxias-MA. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da APS de Caxias-MA. Inicialmente, os profissionais participaram de capacitação on-line sobre a aplicação do questionário IVCF-20 de forma presencial e via telefone. Posteriormente, cada equipe da Estratégia Saúde da Família se organizou para planejar a melhor forma para aplicação do questionário na sua área adscrita. **Resultados/Implicação prática:** Em uma população de 21.375 idosos, o IVCF-20 foi aplicado em 72,3% (15.453) desses usuários, obtendo o seguinte resultado: 9.345 (60,5%) idosos robustos, 3.485 (22,5%) idosos potencialmente frágeis e 2.623 (17,0%) idosos frágeis. Dos idosos frágeis, estima-se que 10% (262) necessitarão de Cuidados Paliativos, baseado no conforto do usuário e de seus familiares. **Conclusão/Aprendizados:** A população idosa necessita cada vez mais de atenção da APS, visto que este grupo é acometido por condições crônicas que, muitas vezes, não tem cura, levando ao declínio das funções orgânicas, o que requer a necessidade de Cuidados Paliativos ao usuário e sua família nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Conhecer os usuários idosos, especialmente, os frágeis, permite oferecer Cuidados Paliativos a quem precisa.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cuidados Paliativos, Idoso, Triagem, Vulnerabilidade em Saúde



595-1

## O PAPEL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE À MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

### Autor:

Thiago de Jesus Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UFS - Universidade Federal de Sergipe

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Os Cuidados Paliativos são definidos como: cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave e nesse cenário, a equipe da Estratégia Saúde da Família atua favorecendo a manutenção na qualidade de vida desses pacientes. **Descrição e objetivos:** Identificar as principais intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família utilizadas na manutenção da qualidade de vida dos pacientes em Cuidados Paliativos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida de acordo com a estratégia PICO, sendo “P” (População): Pacientes em Cuidados Paliativos; “I” (Intervenção): Manutenção da qualidade de vida; “C” (Comparação): Não se aplicou; e “O” (Desfecho Esperado): Intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. A pergunta que guiou a revisão foi: “*Quais as principais intervenções realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família que favorecem a manutenção da qualidade de vida de paciente em Cuidados Paliativos?*”. A estratégia de busca foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, em outubro de 2022, nas seguintes bases de dados: PubMed, CINAHL e SCOPUS, utilizando os seguintes descritores: *Palliative care, quality of life e primary health care*. Cruzando-os com o operador booleano “AND e OR”. Como critérios de inclusão: estudos primários, sem restrições idiomáticas e de temporalidade disponíveis gratuitamente e na íntegra e com critérios de exclusão: estudos duplicados, secundários, os que não tinham como contexto a Atenção Primária em Saúde. **Resultados/Implicação prática:** Dos 16 estudos incluídos nessa revisão, 44% (07) foram publicados em português e 56% (09) em inglês, estando essa totalidade indexada na PubMed. Diversas intervenções foram identificadas, com destaque especial para a visita domiciliar, apontada como de fundamental importância para o profissional ter uma visão mais holística com o paciente e visualizar suas necessidades biopsicossociais. Além das intervenções que garantem o controle dos sintomas e favorecem dignidade no processo de adoecimento, como: medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, limpeza e alimentação. **Conclusão/Aprendizados:** É necessária a constante capacitação dos profissionais de saúde por meio de encontros para discussão da temática, assim como, aumentar a sensibilidade da comunidade sobre o papel e a importância dos Cuidados Paliativos. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cuidados Paliativos, Qualidade de Vida.



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Eixo:  
O Cuidado Integrado

9-1

## PLANIFICAÇÃO DA APS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA REDUÇÃO DE EVENTOS CEREBROVASCULARES POR MEIO DO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS EM UMA UBS NO MUNICÍPIO DE TEIXEIRA SOARES-PR

### Autores:

Gabriela Costa<sup>1-2</sup>; Taiara Hoppe Chaves<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup> UBS Rio da Areia D' Cima - Unidade Básica de Saúde Rio d'Areia de Cima

<sup>2</sup> SMS Teixeira Soares - Secretaria Municipal de Saúde Teixeira Soares

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Teixeira Soares possui uma população de 12.367 habitantes, sendo 23% destes assistidos pela UBS Rio da Areia de Cima. Dos 2884 usuários, 6,7% são hipertensos, 1% é diabético e 4,8% possuem ambas.

**Descrição e objetivos:** Após a implantação do PlanificaSUS em 2018, e seus processos de cuidado integrado vinculando APS (Atenção Primária de Saúde) e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada), houve uma estruturação do atendimento incluindo a estratificação de risco como ferramenta para identificação precoce de complicações destas condições crônicas. O objetivo deste trabalho é avaliar se houve redução dos índices de Acidente Vascular Encefálico (AVE) nos últimos cinco anos após a planificação da APS. **Metodologia:** Foram analisados os prontuários eletrônicos e a estratificação de risco de todos os usuários diagnosticados com Acidente Vascular Encefálico (AVE), entre o primeiro semestre do ano de 2018 até o primeiro semestre do ano de 2022, após análise retrospectiva dos dados populacionais. **Resultados/Implicação prática:** Levando em consideração a abordagem multiprofissional e o cuidado compartilhado entre atenção primária e especializada, principalmente por meio do MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas), foram evidenciados no ano de 2018 dois (2) pacientes com AVE, em 2019 três (3), em 2020 um (1), em 2021 um (1) e até o primeiro semestre referente ao ano de 2022 zero (0) casos diagnosticados. Esse resultado foi possível por meio do desenvolvimento de ações efetivas a partir do planejamento estratégico entre os serviços, trazendo um grandioso benefício à população, erradicando o número de casos de AVE. **Conclusão/Aprendizados:** Após a implantação do PlanificaSUS no município, observaram-se melhorias gradativas no que tange o cuidado com o usuário, por meio do controle adequado dos fatores de risco e das doenças crônicas, tendo como consequência a redução de eventos agudos cerebrovasculares, necessitando cada vez menos da Atenção Hospitalar (AH), desonerando o serviço terciário e tornando a APS ainda mais resolutiva.

**Palavras-chave:** Atenção Primária de Saúde, Doenças Crônicas, Acidente Vascular Encefálico, Planificação da APS, Unidade Básica de Saúde.

15-2

## DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO A PESSOA COM HIPERTENSÃO E/OU DIABETES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO INTERIOR DO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Vanessa Kely Medeiros Silva Palhano Palhano<sup>1-3</sup>; Mayanny da Silva Lima Barbosa<sup>2-3</sup>; Raquel dos Santos Lima<sup>1-3</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>2</sup> UFDPAR - Universidade Federal do Delta do Parnaíba

<sup>3</sup> PM - Prefeitura Municipal de Caxias

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Pessoas com hipertensão e/ou diabetes necessitam que o sistema de saúde seja capaz de estimular o autocuidado, tenha um atendimento integral e longitudinal, além de excelência na qualidade do cuidado.

**Descrição e objetivos:** Conhecedor das fragilidades apresentadas pelo sistema único de saúde-SUS, o Dr. Eugênio Vilaça cita alguns obstáculos, como: sobreutilização dos serviços por parte da população, manifestada pelo fenômeno da hiperutilização de consultas e testes diagnósticos, pela polifarmácia, o trabalho tem por objetivo, descrever os desafios e estratégias encontradas para realizar a estratificação de risco das pessoas com hipertensão e/ou diabetes em uma equipe de saúde da família do interior do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência embasado nas dificuldades vivenciadas pela Equipe de Saúde da Família e as estratégias desenvolvidas para realizar a estratificação de risco da pessoa com hipertensão e/ou diabetes por uma equipe da estratégia de saúde da família da Unidade de Saúde do Cangalheiro, localizada na cidade de Caxias-Ma. **Resultados/Implicação prática:** Nos deparamos com um quantitativo enorme de pessoas cadastradas com essas condições crônicas o qual foi um dos desafios a se vencer, além de dados secundários incompatíveis com a realidade do território. Esse quantitativo de pessoas com as condições de hipertensão e diabetes não refletem o real número de pessoas nessas condições. A extensão territorial, também se apresentou um desafio, pois levamos mais tempo para percorrer a área realizando atendimento domiciliar às pessoas que apresentam maior resistência a comparecer as consultas médicas e de enfermagem. Para estratificar precisamos de exames que auxiliam na estratificação do risco a pessoas com hipertensão e diabetes, porém a demora ou atraso dos resultados de exames se tornou um obstáculo a ser superado. **Conclusão/Aprendizados:** Levando em consideração as dificuldades levantadas, fica explícito que as ações em equipe precisam ser melhor planejadas e que o trabalho conjunto com compartilhamento das ações precisa ser aplicado pelos colegas de equipe.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes, Atenção Básica.



21-1

## ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

### Autores:

Andréia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>;  
Rosângela Nunes Almeida<sup>1-2-3</sup>; Nytale  
Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Marisa  
Araújo Costa<sup>1</sup>; Daniela Reis Joaquim  
de Freitas<sup>2</sup>; João Victor Lira Dias<sup>3</sup>;  
Igor Souza Maia<sup>3</sup>; Alison de Sousa  
Moreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde  
de Caxias-MA

<sup>2</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>3</sup> UEMA - Universidade Estadual do  
Maranhão

<sup>4</sup> HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr.  
Rafael Seabra

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O município de Caxias-MA apresenta morbimortalidade equivalente às outras regiões do país, mantendo uma agenda não concluída de tripla carga de doenças, somado à transição demográfica com o envelhecimento acelerado da população e o reaparecimento das doenças emergentes, com ênfase nas causas externas. Os serviços de saúde brasileiros são caracterizados por intensa fragmentação das ações e das práticas clínicas, sendo muito voltados para as condições agudas. Frente ao cenário de alta prevalência das doenças crônicas apresentadas no diagnóstico situacional, verificou-se a necessidade de reorganizar o modelo voltado para as condições crônicas. **Descrição e objetivos:** Demonstrar a organização da Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas em um município do nordeste brasileiro. **Metodologia:** Ações planejadas conforme a realidade local e com a participação dos profissionais das ESF. Seguiu-se: Capacitação dos profissionais de saúde; Levantamento dos portadores de HAS e DM; Solicitação dos exames necessários para estratificação de risco; Elaboração das diretrizes clínicas das condições crônicas com foco na hipertensão e diabetes. Realização de oficinas mensais sobre estratificação de risco. A avaliação e o monitoramento são realizados por meio de reuniões sistemáticas semanais, para analisar se as atividades precisam de readequação. **Resultados/Implicação prática:** A organização da Rede visa estabelecer um manejo clínico diferenciado, de acordo com os problemas identificados, oferecendo equidade, melhoria do acesso e da qualidade da atenção, otimização da agenda do profissional de saúde, fortalecimento da atenção multiprofissional, estímulo ao autocuidado e a corresponsabilidade individual e familiar. As inovações ocorridas nos processos de trabalho possibilitaram a conformação de uma nova abordagem nas ações na ESF, favorecendo a construção da agenda programada da assistência de acordo com o grau de necessidade dos usuários das condições crônicas. A estruturação da rede está sendo implementada em 100% das ESF, tendo como principal impacto a Redução da Morbimortalidade por doenças crônicas. **Conclusão/Aprendizados:** É uma experiência recente da Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA, que vem ampliando as atividades propostas na rede. Enfatiza-se a colaboração de médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e gestores, compartilhando saberes e trabalhando em prol de um objetivo único.

**Palavras-chave:** Organização, Rede de Atenção, Saúde, Pessoas, Doenças crônicas.

21-3

## USO DA OZONIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS EM PACIENTES DOMICILIADOS

### Autores:

Rosângela Nunes Almeida<sup>1-2-3</sup>;  
Andréia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>;  
Paula Costa Martins<sup>1</sup>; Carla Anacleto  
Pontes<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso  
Portela<sup>1</sup>; Isabela Maria Aguiar Cruz<sup>2</sup>;  
Daniela Reis Joaquim de Freitas<sup>3</sup>;  
Alison de Sousa Moreira<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde  
de Aldeias Altas-MA

<sup>2</sup> UEMA - Universidade Estadual do  
Maranhão

<sup>3</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>4</sup> HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr.  
Rafael Seabra

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** No Brasil, vem aumentando o número de pessoas com feridas crônicas, com elevado índice de morbidade, ocasionando, a maioria das vezes, o afastamento das atividades profissionais e isolamento social. Assim, o profissional tem que saber escolher o tipo de cobertura e curativos para cada particularidade de ferimento. A ozonioterapia é considerada um tratamento complementar, com propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e antissépticas, melhorando a oxigenação dos tecidos, fortalecendo o sistema imune e auxiliando no processo de cicatrização das feridas. **Descrição e objetivos:** Demonstrar a eficácia da ozonioterapia, como terapia complementar no tratamento de feridas em pacientes domiciliados, no município de Aldeias Altas-MA. **Metodologia:** Desenvolvimento de ações interprofissionais entre a ESF e EMAD em áreas urbanas e rurais do município, o qual está estruturado com 11 ESF e 1 EMAD, que prestam assistência domiciliar, favorecendo a captação e o tratamento precoce de feridas. Conheceu-se os portadores de HAS, DM e de feridas, através do perfil epidemiológico. Realizou-se a anamnese e exame físico dos pacientes atendidos na APS, com vistas a análise de comorbidades, aspectos nutricionais, baixa perfusão e fatores sociais, que afetam o processo de cicatrização. As feridas foram tratadas no domicílio com a ozonioterapia. Prescreveu-se à cobertura ideal. Utilizou-se a ozonioterapia por meio da limpeza com água, óleos e cremes ozonizados, hidro-ozonioterapia e o uso de *bags*, para a revascularização e favorecimento da cicatrização. Quando a ferida foi cicatrizada, o usuário recebeu alta. **Resultados/Implicação prática:** Demonstrou-se feridas predominantemente ocasionadas por úlceras de pressão e pés diabéticos, muitas vezes, associadas a doenças existentes como HAS e DM. Estabilizou-se a clínica das situações encontradas previamente à aplicação da ozonioterapia. Os resultados foram satisfatórios nos 27 pacientes avaliados. Na ozonioterapia tópica, feita por meio de banhos por hidro-ozonioterapia, limpeza com água ozonizada e *bags*, seguidos de curativos de demora com óleos ozonizados, a melhora foi observada entre a segunda e terceira sessão pela diminuição progressiva da área lesada, áreas de granulação, diminuição do processo infeccioso e fibrina. **Conclusão/Aprendizados:** A ozonioterapia é eficiente no tratamento de feridas de difícil cicatrização, além de melhorar as dores, diminuir e controlar o processo inflamatório e acelerar a cicatrização, evitando-se assim, procedimentos de alta complexidade.

**Palavras-chave:** Ozônio, Tratamento, Feridas Crônicas, Pacientes, Domiciliados.



41-1

## **MONITORAMENTO CRUZADO ENTRE CEAE DIAMANTINA (AAE) E MUNICÍPIO DE COUTO DE MAGALHAES (APS): FERRAMENTA PARA FORTALECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO**

### **Autores:**

Poliana Casto de Resende Bonati<sup>1</sup>;  
Raquel Fátima Teixeira<sup>1</sup>; Gláucia  
Sbampato Pereira<sup>1</sup>; Cláudia Danyella  
Alves Leão<sup>1</sup>; Priscila Vieira Elias<sup>2</sup>;  
Dominick Danielle Mendonça<sup>2</sup>;  
Giovana Cândida Batista<sup>3</sup>; Maria  
Isabel Guimarães Rodrigues<sup>4</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup>SES - Secretaria Estadual de Saúde

<sup>3</sup>CEAE - Centro Estadual de Atenção  
Especializada

<sup>4</sup>PMCM - Prefeitura Municipal de Couto de  
Magalhães

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Saúde tem o objetivo de subsidiar as Secretarias Estaduais de Saúde para os desafios associados aos ciclos de vida, em Minas Gerais, nomeado como Saúde em Redes. **Descrição e objetivos:** Considerando que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo de atenção que resolve a maioria dos problemas de saúde, reduz intervenções desnecessárias e amplia o acesso, estratégias de avaliação e monitoramento tem sido essencial à mensuração da efetividade dos processos de trabalhos e integração entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), assim objetivou relatar a experiência do “Monitoramento Cruzado” realizado entre a AAE/CEAE-Diamantina e APS/ município de Couto de Magalhães.

**Metodologia:** O processo de “Monitoramento Cruzado” teve os seguintes momentos: Primeiro: reunião com gestor explicando os objetivos e metodologia da visita; Segundo: giro na unidade da APS seguindo o percurso da gestante e criança desde a recepção, consulta, vacinação; Verificação dos prontuários e esclarecimento de dúvidas em relação ao compartilhamento do cuidado entre APS e AAE e o plano de cuidados; Terceiro: discussão de casos escolhidos pela APS com respectivos prontuários para construção do plano de cuidados; Quarto: devolutiva dos pontos fortes e oportunidades de melhorias para o gestor. **Resultados/Implicação prática:** A proposta do “Monitoramento Cruzado” proporcionou o aumento da integração entre os profissionais da APS e AAE; oportunizou que a AAE visualizasse e executasse o macroprocesso de supervisional e educacional na linha de cuidado materno infantil. Possibilitou também que a gestão do município pudesse elaborar um plano de ação para as melhorias elencadas de forma compartilhada com a AAE e, conseqüentemente, a melhoria dos processos do PlanificaSUS. A AAE também teve a oportunidade de rever seu plano de ação proporcionando melhorias contínuas para integração com a APS. **Conclusão/Aprendizados:** A partir do “Monitoramento Cruzado”, a equipe da AAE aumentou o protagonismo no macroprocesso educacional e supervisional, oportunizando a realização da capacitação em estratificação de risco, manejo clínico na linha em expansão Hipertensão e Diabetes para médicos e enfermeiros oferecidos pelos especialistas cardiologista e endocrinologista do CEAE.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde, Educação Continuada, Organização e Administração, Saúde.



41-2

## INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/COMITÊ MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DE ÓBITO MATERNO INFANTIL COM APS DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – MG

### Autores:

Elaize Maria Gomes de Paula<sup>1</sup>;  
Poliana Castro de Resende Bonati<sup>1</sup>;  
Maiara Christine de Barros Couto  
Barbosa<sup>1</sup>; Maria das Graças  
Soares Buissa<sup>1</sup>; Gesiane Agostinho  
Barbosa<sup>1</sup>; Maria Aparecida de Souza  
Gonçalves<sup>1</sup>; Luis Roberto de Sousa  
Almeida<sup>1</sup>; Aloisio Gomide<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMU/SMS - Prefeitura Municipal de  
Uberlândia/Secretaria Municipal de  
Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A vigilância dos óbitos materno-infantil é uma estratégia de redução da mortalidade, que possibilita adesão de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. **Descrição e objetivos:** O Comitê Municipal de Vigilância e Prevenção de Óbito Materno-Infantil de Uberlândia, instituído pelo Decreto 18.090/2019, está vinculado à Vigilância Epidemiológica. Tem natureza interinstitucional e multiprofissional, preserva a confidencialidade, não coercitivo e punitivo, ético, técnico, educativo e consultivo. Integrar e apoiar a Atenção Primária à Saúde (APS) na identificação dos fatores de evitabilidade de forma compartilhada. Objetivo: relatar a integração do Comitê com a APS. **Metodologia:** Inicia com busca ativa e passiva dos óbitos, análise dos registros para as investigações; coleta de dados com os profissionais da assistência, como unidade básica e hospitalar. Posteriormente são realizadas visitas técnicas às unidades com escuta ativa sobre os possíveis eventos que contribuíram para os óbitos. Define-se a causa do óbito como evitável ou não. Por meio das oportunidades de melhoria detectadas são feitas recomendações. Na avaliação são verificadas as soluções implementadas na assistência e, se necessário, novas soluções são propostas. **Resultados/Implicação prática:** Com essa prática a saúde vem a cada dia integrando ainda mais, com o propósito de sensibilizar em relação ao acolhimento do núcleo familiar enlutado e acolhimento às necessidades e vulnerabilidades daquela família. Estimulando a agilidade no processo de investigação para obter resultados em tempo hábil para subsidiar as ações em assistência em saúde. Enriquecendo a coleta de dados da investigação e promovendo o diálogo, estimulando a criação de novas propostas para redução da mortalidade materno-infantil. Por meio desse trabalho realizado pela integração Vigilância/Comitê com APS é possível assessorar as Unidades no processo de investigação, esclarecer dúvidas, aprimorar o levantamento de dados e promover ações de melhorias na assistência em saúde. **Conclusão/Aprendizados:** A Vigilância Epidemiológica do município de Uberlândia/Comitê Municipal de Vigilância e Prevenção de Óbito Materno-Infantil juntamente com APS do município realiza as investigações dos óbitos de forma compartilhada, o que possibilita maior integração entre a vigilância e APS. A APS fortalece com as discussões, sendo protagonista e entendendo seu papel coordenador da rede na evitabilidade dos óbitos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Vigilância em Saúde Pública, Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna, Saúde.



48-1

## ATENÇÃO CONTÍNUA NA APS: UMA TECNOLOGIA POSSÍVEL. RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FERNENDES PINHEIRO -PR

### Autora:

Suellen Guimarães<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS FP - Secretaria Municipal de Saúde de Fernandes Pinheiro

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Com o aumento significativo de usuários crônicos HAS/DM, notou-se necessidade de utilização de tecnologia leve, efetiva e contínua. Com equipe Multiprofissional já estruturada, usuários crônicos estratificados.

**Descrição e objetivos:** Os objetivos principais foram: Diminuição da rotatividade das equipes da APS e Equipe Multiprofissional. Não agudização dos usuários. Estabilização/controlar a condição crônica. Melhora na qualidade de vinculação de usuários e equipes. Segurança e confiança dos usuários com a equipe. Melhora na qualidade do compartilhamento do cuidado com a AAE. **Metodologia:** No início do projeto, em reunião, a equipe viu a necessidade de adaptarmos o modelo de Atenção Contínua para a nossa realidade. Decidimos então que os atendimentos seriam na sala de reuniões da UBS, assim, os membros da equipe em formato de roda de conversa juntamente com o usuário, realizando escuta no mesmo momento. Sempre respeitando seus saberes e crenças, orientando de forma clara e objetiva o que é a doença e o que está acontecendo com seu organismo. A psicóloga realiza no mesmo momento a entrevista motivacional, para sabermos em que fase o usuário encontra-se. **Resultados/Implicação prática:** Os resultados que estamos colhendo são: Aproximação das equipes. Empoderamento dessas equipes. Melhora na qualidade da vinculação das equipes e usuários. Estabilização/controlar o quadro clínico dos usuários. Quando não estabilização do quadro clínico, melhora na qualidade do compartilhamento do cuidado com a equipe do AAE, pois no plano de cuidados que realizamos juntamente com o usuário, e que é monitorado pelo ACS, conseguimos mensurar essas mudanças (e as que não ocorreram também) com maior efetividade, compartilhar todas as ferramentas que utilizamos. A construção do plano de cuidados e Autocuidado Apoiado, sendo o usuário autor principal dessas mudanças, e ele escolhendo o que é possível para sua realidade. O entendimento de forma correta da doença e maneiras de melhoria. Autonomia do usuário. **Conclusão/Aprendizados:** Com a possibilidade de melhorias nos atendimentos do Município, viu-se a necessidade de inovar com tecnologias leves e com baixo custo. Um crescente importante com os usuários crônicos HAS/DM, com uma Gestão comprometida na melhoria da qualidade de vida, a qual apoiou e incentivou o início desse projeto, e com uma equipe engajada no novo modelo de atendimento, a qual viu-se a necessidade de melhorarmos os nossos atendimentos, e que nunca mediram esforços para entregarmos um trabalho com excelência.

**Palavras-chave:** Atenção Contínua, APS, Tecnologia Leve, Experiência, Possibilidades.

50-1

## PRÁTICAS DO CUIDADO INTEGRADO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Gerson Pedroso de Oliveira<sup>1</sup>; Daniely Matias Facundes<sup>1</sup>; Ana Gardênia da Silva Araújo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Explorar e analisar a importância do cuidado compartilhado, a resolutividade e a comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde no foco ao cuidado integrado e atenção ao pré-natal de alto risco. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência acerca da vivência de uma equipe da atenção básica no acompanhamento pré-natal de uma gestante de alto risco e do fluxo dessa usuária na Rede de Atenção à Saúde, nos meses de maio a outubro do ano de 2021. A equipe atua na zona urbana do município de Timon/Maranhão, na Unidade Básica de Saúde do Bairro Parque Alvorada Equipe 08/36. **Metodologia:** Trata-se de uma abordagem qualitativa e participativa, desenvolvida com a equipe da Estratégia de saúde da família, do Centro de Atenção Especializada Materno-Infantil (CAEMI) e Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco (HRANP). A coleta foi realizada por meio de Grupo Focal nos próprios locais do atendimento e os dados foram analisados segundo os registros em prontuário. **Resultados/Implicação prática:** Realizou-se o acolhimento na recepção, logo após o atendimento com a técnica de enfermagem para verificação da PA, peso e estatura, sendo encaminhada à consulta com a enfermeira, onde realizou-se a anamnese, histórico de saúde da paciente evidenciando transtorno psiquiátrico, e gestação gemelar com resultado de ultrassom gestacional. Realizou-se a testagem rápida para HIV, HB, HC e Sífilis com resultados negativos, encaminhada ao atendimento odontológico para avaliação. A paciente fez o relato de ter a Atenção Ambulatorial Especializada pré-eclâmpsia em gestação anterior, suspendendo o uso de medicação por conta própria, solicitado mapeamento dos níveis pressóricos de PA e glicemia, apresenta todos os exames solicitados com parâmetros normais e ainda compartilhamento do cuidado com o CAPS. **Conclusão/Aprendizados:** O desfecho ocorreu sem alteração pois todas as consultas com os profissionais necessários foram realizadas. Proporcionando o último atendimento com êxito, encaminhamento com resolução do parto a termo de 38 semanas de gestação, sem intercorrência e sem distorção, após cesariana, teve alta hospitalar sem queixas, orientada a realizar imunização com BCG e Hepatite B e consulta puerperal em domicílio.

**Palavras-chave:** Gestação, Cuidado Pré-Natal, Alto Risco, Assistência de Enfermagem.

58-1

## TECENDO A REDE DE PESSOAS INTEGRADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA GOVERNANÇA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS) NA VIII MICRORREGIÃO DE BELO JARDIM, ESTADO DE PE

### Autores:

Gilcilene Pretta Cani Ribeiro<sup>1-2</sup>;  
Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>1</sup>;  
Karina Kelly de Oliveira<sup>1</sup>; Ana Perez  
Pimenta de Menezes Lyra<sup>3</sup>; Maria  
Francisca Santos de Carvalho<sup>3</sup>; Maria  
Aparecida de Souza<sup>3</sup>; Ana Carolina  
Coelho de Almeida<sup>3</sup>; Ana Lucia de  
Souza Leão Ávila<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

<sup>2</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde

<sup>3</sup> SES - Secretaria Estadual de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) pelo PlanificaSUS foi iniciada no Estado PE em 2019, na IV Região Caruaru - VIII Microrregião com oito municípios e Unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (UPAE) B. Jardim. **Descrição e objetivos:** No intuito de operacionalizar o projeto PlanificaSUS na IV Região de Saúde, VIII Microrregião Belo Jardim/PE, foram identificados 27 atores denominados TUTORES da Secretaria Estadual de Saúde, secretarias municipais e Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), partindo da questão: como integrar esse grupo para operacionalizar a planificação (PAS) e fazer sua governança, foi utilizada a estratégia de liderança em tecer uma rede de pessoas integradas para o desenvolvendo da governança. **Metodologia:** Foi pactuado um cronograma anual, com uma semana por mês, diversas atividades estratégicas: oficinas/reuniões, pré-tutoria, e dispersão, envolvendo todo o grupo de tutores da APS, da AAE, da SES, da gestão e dos serviços, e analistas de tutoria do (SBIBAE); liderados pela consultora em gestão (SBIBAE) e Coordenadora Estadual. A estratégia foi seguir o cronograma, sem dividir os atores, de modo a formar um pensamento e entendimentos sobre a proposta PlanificaSUS, criando linguagem única e integração, identificando o papel de cada ator sem sobreposição, com respeito a cada um. **Resultados/Implicação prática:** O Grupo Condutor, responsável por conduzir e monitorar o projeto no território, além dos membros participantes da gestão estadual, regional e dos municípios, tem todos oito secretários de saúde participando ativamente, em reuniões mensais realizando o monitoramento com identificação de pontos fortes e frágeis, em busca de melhorias contínuas e definição de ações para o Plano de Ação. Observou-se uma participação ativa, num processo de educação permanente, de forma assídua com alinhamento conceitual e metodológico entre todos os envolvidos; desenvolvimento de habilidades de liderança e coordenação do projeto para dentro de cada instituição (SES nível central e regional, Municípios e serviços) e multiplicação em momentos de dispersão em movimento harmônico, com forte liderança da regional. **Conclusão/Aprendizados:** A PAS traz metodologia de planejamento para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em sua operacionalização precisa envolver todos os atores estratégicos da gestão, e dos serviços de saúde, para operacionalizar os processos de trabalho necessários e, ter uma governança forte e organizada, que se ocupa de avaliar, determinar a direção, monitorar e acompanhar a direção determinada. **Palavras-chave:** Governança, Integração, Liderança, Monitoramento, Redes de Atenção.

95-1

## IMPLANTAÇÃO DO CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA PARA ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA MICRORREGIÃO DE ARAÇUAÍ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Gisely Ferreira Lima<sup>1</sup>; Kelly Bianca Vieira<sup>1</sup>; Christina Coelho Nunes<sup>2</sup>; Érika Guimarães Lage<sup>2</sup>; Raquel Guieiro Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CEAE - Centro Estadual de Atenção Especializada

<sup>2</sup> SES MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS, Saúde em Rede (SR) em Minas Gerais (MG), é desenvolvido em 31 municípios da macrorregião de Jequitinhonha objetivando organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um serviço melhor para a sociedade. Entre as microrregiões participantes, destaca-se Araçuaí, constituída por seis municípios, correspondendo à população estimada, em 2018, de 89.680 habitantes. Araçuaí iniciou em 2019 no SR indicando Tutores da Atenção Primária a Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), sem ainda possuir um serviço de abrangência regional para a linha de cuidado materno-infantil. O Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) categoria 1 foi implantado em fevereiro de 2021, em resposta à organização dos macroprocessos básicos da APS dos municípios da região. Nesse sentido, objetiva-se destacar a importância do CEAE na microrregião de Araçuaí-MG, uma vez que a população-alvo não possuía vinculação a nenhum ambulatório para o manejo das condições estratificadas como alto risco. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência da implantação do CEAE na microrregião de Araçuaí. O serviço foi o primeiro CEAE em MG a ser implantado no modelo de atenção às condições crônicas, contando com uma equipe atua de modo interdisciplinar por meio do Ciclo de Atenção Contínua. A coleta de dados correspondeu ao quantitativo de atendimentos da equipe da AAE desde sua implantação. **Resultados/Implicação prática:** O CEAE iniciou suas atividades seguindo as recomendações da carteira de serviços padronizada pela SES-MG. O CEAE finalizou 2021 com 127 usuários atendidos. Desses, 76 foram vinculados, 14 planos de cuidado elaborados em parceria com a APS e o tempo de espera para a primeira consulta era de 46 dias. De janeiro a setembro/2022, mantendo a mesma equipe e com o acréscimo de um mastologista, foram atendidos 348 usuários. Realizadas 87 novas vinculações e 34 planos de cuidado elaborados. O tempo de espera para a primeira consulta foi reduzido para 20 dias. **Conclusão/Aprendizados:** Sabe-se que as funções atribuídas de AAE perpassam as questões assistenciais, compreendem funções relacionadas a educação, supervisão e pesquisa. Baseado nessas premissas, o CEAE de Araçuaí realizou ações com vistas ao aprimoramento dos processos de trabalho para o serviço implantado, que foram desde apresentação da infraestrutura física, fluxo de encaminhamento e estratificação de risco da população. Ademais, todos os profissionais inseridos na rotina da AAE são previamente treinados objetivando uma conformação da RAS de excelência. **Palavras-chave:** PlanificaSUS, Centro Estadual de Atenção Especializada, Atenção Ambulatorial Especializada, Ciclo de Atenção Contínua, Redes de Atenção à Saúde.

112-1

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE PARA PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1

### Autora:

Vanessa Carvalho Barros de Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UFG GO - Programa de Pós-Graduação  
Stricto Sensu de Ensino na Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A saúde pública enfrenta vários desafios, e um destes tem sido para os profissionais é trabalhar com as condições crônicas. Trata-se de doenças que requerem uma série de habilidades e ferramentas para o correto manejo e controle. O Diabetes *Mellitus* requer um cuidado integral ao paciente e sua família, sendo um desafio para a equipe de saúde, pois busca a mudança no modo de vida e parte de um estudo de linhas de cuidado. Como o diabetes é prevalente na infância, devemos estar preparados para manejar a doença crônica no ambiente escolar. Desse modo, essa pesquisa questiona quais as principais dificuldades apresentadas pelos profissionais de educação em situações de emergência em pacientes diabéticos, e quais estratégias de educação permanente em saúde poderão ser utilizadas para auxiliar e orientar professores da rede municipal de ensino, sobre práticas aplicadas no cuidado com escolares portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1. **Descrição e objetivos:** As intervenções em diabetes por meio da educação permanente em saúde contribuem para que esses profissionais se tornem competentes na tomada de decisões sobre aspectos relacionados à administração da doença. O objetivo da pesquisa é compreender as dificuldades dos profissionais da rede municipal de ensino sobre práticas aplicadas no cuidado com escolares portadores de Diabetes *Mellitus* tipo 1 na educação infantil. **Metodologia:** A pesquisa caracteriza-se como uma intervenção de caráter exploratório e descritivo, com levantamento de dados primários, oriundos de duas entrevistas em formulário, uma delas irá abordar o perfil dos professores com os dados gerais e sociodemográficos; grau de formação do professor e questões relacionadas ao tema do estudo para identificar o conhecimento do assunto pelos professores; enquanto a outra irá tratar do diagnóstico do nível de informações e propõe contribuições para a prática segura do profissional frente às crianças. **Resultados/Implicação prática:** Os resultados esperados com a pesquisa são professores dotados de conhecimentos que lhes permitam identificar e atuar no manejo clínico de escolares diante da sintomatologia sugestiva de hipo ou hiperglicemia. **Conclusão/Aprendizados:** Implementar um aplicativo para a rede municipal de ensino com orientações sobre o manejo com escolares; um programa de educação permanente em saúde junto à Regional de Saúde Sudoeste II em interface com o Programa Saúde na Escola, por meio de oficinas junto aos professores da alfabetização, a fim de reverter o quadro identificado no cenário atual.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus*, Educação Permanente, Professores.

125-1

## **UMA PROPOSTA DE GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

### **Autores:**

Lucyara Araújo Simplício<sup>1</sup>; Janaína Oliveira<sup>2</sup>; Sidney Sotero Mendonça<sup>3</sup>; Alberto Vasconcelos Sabala<sup>3</sup>

<sup>1</sup> HRL - Hospital da Região Leste

<sup>2</sup> DIRAPS/SRSLE - Diretoria da Atenção Primária à Saúde da Região de Saúde Leste

<sup>3</sup> SRSLE - Superintendência da Região de Saúde Leste

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Um relato de experiência do planejamento, execução e monitoramento em operacionalizar a Planificação da Atenção à Saúde em meio a pandemia de COVID-19. **Descrição e objetivos:** Demonstrar uma experiência exitosa na construção da Planificação da linha materno infantil, na Região de Saúde Leste do DF, em continuação à Planificação da linha de diabetes e hipertensão, destacando as singularidades que integram a educação/ensino e o trabalho, as práticas baseadas em evidência na rede de atenção à saúde e a promoção da melhoria dos processos.

**Metodologia:** Em busca de fortalecer a assistência a gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças na primeira infância, no dia 06 de agosto de 2021 foi realizada a abertura oficial da Planificação de linha Materno-Infantil da Região Leste do DF com grande participação de servidores, gestores, integrantes do CONASS e Ministério da Saúde. Foi dado início a um dos maiores projetos de qualificação do serviço e organização da rede da Região de Saúde Leste do DF, foram realizadas 8 oficinas com participação on-line de um grande número de servidores dos três níveis de atenção, durante a pandemia de COVID-19. **Resultados/Implicação prática:** Os diagnósticos realizados pelo CONASS e pela gestão local permitiu identificar o perfil das pacientes, tempo de espera no atendimento, tempo de admissão na maternidade, tempo de permanência do RN na maternidade conforme o perfil da região. Foram discutidos os fluxos e integração em rede. Especificamente na Atenção Primária da Região Leste, utilizou-se os espaços de discussão gerados pelo programa de Qualificação do QUALIS APS e alcance de indicadores do AGL, ambas frentes de qualificação do serviço proposta pela SES/DF aos serviços da APS para estimular as equipes a fazerem os primeiros diagnósticos do território da sua população adscrita. **Conclusão/Aprendizados:** O processo de planificação tem sido uma experiência fundamental para a transformação de uma mudança de mentalidade que se inicia na gestão local, favorecendo a comunicação eficaz e construtiva entre os níveis de atenção e promovendo uma ostensiva revisão de processos de trabalho, por meio do engajamento destes servidores na mudança e melhoria contínua destas redes de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Planificação, Atenção à Saúde, COVID-19.

140-1

## CUIDADO INTEGRADO ENTRE APS, AAE E ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NUM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA: OS DESAFIOS DA PRÁTICA

### Autores:

Jamille da Silva Nascimento<sup>1</sup>; Taciana  
Maria Lenfundes de Souza Paiva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UJ - Unijorge

<sup>2</sup> UESB - Universidade Estadual do  
Sudoeste da Bahia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Compartilhamento de cuidado dos usuários tem propósito na qualidade da assistência de forma integrada, transferindo a autonomia para desenvolver seu autocuidado de acordo com suas indicações clínicas.

**Descrição e objetivos:** Essa pesquisa tem por objetivo explicar a vivência junto projeto PlanificaSUS na Atenção Primária à Saúde (APS) no compartilhamento com Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), no município de Taperoá, tal qual entender o processo das atribuições do mecanismo no compartilhamento entre as redes de atenção e saúde. É visível notar que embora ainda estejamos no início, os participantes mostram aptidão na realização das práticas, oferecendo a qualidade no atendimento e avanço da saúde dos usuários. **Metodologia:** Nos encontros selecionamos o público-alvo por meio da estratificação de risco, identificando portadores de condições crônicas e que compartilhamos na linha de cuidado, além de trocas semanais via ligações entre APS e AAE onde discutimos os planos elaborados sobre o planejamento e justificativas das alterações de condutas. Iniciamos compartilhando 02 novos usuários mensais, no 1º semestre de 2022. Foram 12 compartilhamentos, destes, 01 veio a óbito, 09 retornaram com exames parcialmente realizados, 02 ainda não estão no prazo para retorno e 01 não se enquadrou no perfil de compartilhamento. **Resultados/Implicação prática:** Quando foi apresentada essa nova organização de compartilhamento do usuário, fiquei altamente agraciada imaginando como seria incrível poder proporcionar essa experiência satisfatória aos usuários. Eles são orientados quanto à logística do atendimento, a importância do ciclo que vai percorrer na AAE, a levar os exames, receitas, a história dirigida pela APS (para facilitar o acolhimento). Tudo fluiu bem e mais prazeroso era ouvir positividade do retorno dos que estavam vivenciando essa etapa. As dificuldades vêm aparecendo, por exemplo, estreitar essa comunicação entre os profissionais dessa assistência para que haja compreensão sobre a realidade do usuário, discussão de plano com todas as equipes, sendo esse um dos projetos para dar continuidade. **Conclusão/Aprendizados:** Como resultados foram observados o avanço na aceitação dos usuários com sua terapêutica, assiduidade, além da melhora na dimensão psicossocial, assim fortalecendo as estratégias e rotinas de prevenção, dando uma motivação e estimulando o autocuidado. Participando desse projeto vimos a prática da equidade, favorecendo essa visão holística, tendo usuário como todo.

**Palavras-chave:** Atenção Ambulatorial Especializada, Atenção Primária à Saúde, Compartilhamento do Cuidado, Doenças Crônicas, SUS.

153-1

## A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICA SUS EM MUNICÍPIO COM POUCOS RECURSOS E OS AVANÇOS JÁ ALCANÇADOS COM A PLANIFICAÇÃO

### Autora:

Maria Caroline Laurindo Kinczel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação com foco na Saúde do Idoso veio contribuir para a mudança do processo de trabalho na Unidade de Saúde e de trabalhar em Rede com a Atenção Especializada (MACC) Saúde do Idoso. **Descrição e objetivos:** Objetivo deste relato de experiência é empoderar outras equipes da importância que a Planificação teve na nossa Unidade, bem como a mudança no processo de trabalho e melhora da qualidade de vida dos usuários, principalmente após o trabalho em rede realizado com a Atenção Primária e o serviço especializado. **Metodologia:** Com a contratação de funcionários, conhecimento do território, conseguimos estratificar os idosos. Realizamos um mutirão antes da pandemia e durante a pandemia, este trabalho continuou com um novo formulário que pode ser aplicado por telefone. Após conhecer os idosos, os frágeis foram encaminhados para o Consórcio de Saúde (MACC), onde foram acompanhados por uma equipe multiprofissional, incluindo geriatra, em parceria com a APS. Após acompanhamento, voltam para a APS, com um plano de cuidados multiprofissional, tendo como foco a melhora da qualidade de vida do idoso. **Resultados/Implicação prática:** Com o início das etapas e as etapas da planificação, a população foi melhor assistida com o aumento da oferta e estruturação da demanda; melhor cobertura de ACS; a equipe passou a conhecer melhor os usuários da área de abrangência e assim, ter melhor intervenção nas ações e tomadas de decisões; população e equipe satisfeitas com as mudanças. Contratação de ACS e dentista 40h, estruturação da unidade com melhora na acessibilidade aos idosos e portadores de necessidades especiais. Após a territorialização e as estratificações dos idosos, conseguimos ter uma melhor interação com o Serviço Especializado, foram realizadas capacitações e dos 46 idosos frágeis da nossa unidade, 28 deles já foram para o cuidado especializado com o plano de cuidados compartilhado com a APS. **Conclusão/Aprendizados:** O PlanificaSUS veio como o norte que a equipe necessitava. Precisávamos de um fator desencadeante para a estruturação e organização dos processos de trabalho. Foi a possibilidade de mudanças, que mesmo com baixas condições de trabalho e incerteza dos resultados, aceitamos o desafio e motivados, nos unimos para melhorar o ambiente de trabalho e estruturar a ESF para a melhor atenção ao usuário idoso.

**Palavras-chave:** Avanços, Atenção Especializada, Atenção Primária, Integração, Plano de Cuidados.

156-1

## A PROPOSTA DO PET-SAÚDE NA INTEGRAÇÃO EM ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE COMO ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL ENTRE CEREST, UNIVERSIDADE E ATENÇÃO BÁSICA

### Autores:

Paula Lamb Quilião<sup>1</sup>; Anália Ferraz Rodrigues<sup>1</sup>; Lilian Konageski Stumm<sup>2</sup>; Vanessa Bley Ribeiro<sup>3</sup>; Betina Loitzenbauer da Rocha Moreira<sup>3</sup>; Shana Hastenpflug Wottrich<sup>3</sup>; Cenir Gonçalves Tier<sup>3</sup>; Letícia Silveira Cardoso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CEREST OESTE - Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador

<sup>2</sup>SMS Uruguaiiana - Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiiana

<sup>3</sup>UNIPAMPA - Universidade Federal do Pampa - Campus Uruguaiiana

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O presente relato expõe a construção coletiva entre Cerest Oeste, Secretaria de Saúde de Uruguaiiana e a Universidade Federal do Pampa para integrar a Atenção Básica com a Saúde do Trabalhador. **Descrição e objetivos:** Por meio da 10ª edição do PET-Saúde (MS, 2022), o projeto visa promover a integração entre ensino-serviço-comunidade, numa perspectiva multidisciplinar, qualificando a Atenção Básica com o apoio matricial em Saúde do Trabalhador (ST), bem como, estimular a formação de profissionais capazes de atuar em equipe, voltados para o aperfeiçoamento da gestão e da assistência, contribuindo para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Uruguaiiana. **Metodologia:** Para este desafio contou-se com cinco Grupos Tutoriais, da gestão do Cerest, preceptoria de profissionais da Atenção Básica de Uruguaiiana e com docentes tutores e alunos dos cursos de Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Educação Física da UNIPAMPA. Será realizado um diagnóstico situacional e a elaboração de um planejamento estratégico para ações de gestão, matriciamento e intervenção e organização de referências. E todo o processo será monitorado por indicadores estabelecidos na proposta para viabilizar a construção desta Linha de Cuidado. **Resultados/Implicação prática:** Apesar do projeto ter duração de 12 meses de atividades práticas nos serviços, a experiência a ser relatada trata desta construção, do planejamento entre instituições e seus atores, desde janeiro que culminou no sucesso alcançado na seleção do nosso projeto em junho deste ano. Por meio das ações propostas pretende-se promover e fortalecer uma relação entre ensino, necessidades dos serviços e as demandas da comunidade; qualificar os profissionais, tanto da RAS quanto aos discentes bolsistas que estão em processo de formação, para que ocorra atuação colaborativa nos contextos de gestão e assistência à saúde do trabalhador, de forma consonante aos princípios do SUS e às necessidades do território; e por fim, pretende-se também contribuir com a estruturação desta Linha de Cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** O projeto vislumbra a articulação do trabalho entre ensino, serviço e comunidade, facilitando a formação de profissionais com um perfil voltado à integralidade da atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade, Saúde do Trabalhador, Atenção Básica, Preceptoria, Longitudinalidade do Cuidado.

163-1

## EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA ENFERMEIROS DA ESF NO NORDESTE BRASILEIRO NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Ionara de Souza Januário<sup>1-2</sup>; Thiago Gomes da Trindade<sup>2</sup>; Carlos Eduardo de Carvalho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SMS Jucurutu - Secretaria Municipal de Saúde de Jucurutu

<sup>2</sup>UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** No cotidiano dos serviços da APS, a assistência de enfermagem ao usuário hipertenso ainda encontra-se fragilizada e fragmentada, na sua maioria centrada no cuidado materno-infantil. **Descrição e objetivos:** Tendo em vista que em alguns municípios a consulta de enfermagem ainda não está consolidada para auxiliar no controle efetivo da hipertensão arterial, foi necessária a realização de oficinas de capacitação para os enfermeiros atuantes nos municípios de Jucurutu - RN e São Caetano - PE. Desta forma, este relato de experiência visa discorrer sobre a realização de oficinas de capacitação sobre a assistência de enfermagem ao hipertenso no contexto da ESF em dois municípios do nordeste brasileiro. **Metodologia:** As oficinas realizadas fizeram parte do projeto de intervenção de 2 mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Foram realizadas 4 oficinas de forma remota por meio da plataforma Google Meet, em fevereiro de 2022. Para tanto, foram entregues previamente: protocolo para assistência de enfermagem, materiais educativos. Foi utilizada a metodologia tradicional de ensino, com algumas atividades utilizando a metodologia ativa (resolução de problemas, discussão de casos clínicos; criação de *padlets* virtuais, matriciamento via WhatsApp). **Resultados/Implicação prática:** Participaram das oficinas 06 enfermeiros. Elas buscaram atualizar os enfermeiros sobre a temática, treinar as habilidades e incentivar a realização da consulta de enfermagem ao usuário hipertenso na ESF. Foram trabalhados acerca dos conceitos, fatores de risco, prevalência, taxa de controle nos níveis pressóricos e a classificação da hipertensão, foi instrumentalizado o conhecimento do público-alvo sobre a consulta de enfermagem ao usuário hipertenso, classificação do risco cardiovascular, qualificação dos conhecimentos sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso e como aplicá-los de forma mais efetiva com intuito de melhorar o controle pressórico dos usuários hipertensos. Também fizeram parte das ações de educação continuada a criação de grupo de WhatsApp para matriciamento. **Conclusão/Aprendizados:** Não obtivemos dificuldades para realização das oficinas. Dentre as facilidades: pactuação da gestão com os profissionais para o horário protegido para oficinas dentro do serviço de saúde, com acesso à internet. Dentre os desafios: dificuldade para encontrar um horário comum a todos enfermeiros; rotatividade das equipes; pouca vivência anterior com a consulta ao hipertenso; foco atual na pandemia.

**Palavras-chave:** Assistência de Enfermagem, Educação Continuada, Doenças Crônicas, Hipertensão Arterial.

181-1

## ABSENTEÍSMO: A EXPERIÊNCIA DE SUCESSO DE UM MODELO DE ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO INTERIOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

### Autores:

Elsa Maria Karsburg da Rosa<sup>1</sup>;  
Viviane Derhon<sup>1</sup>; Cristiane Brito da  
Luz Chagas<sup>1</sup>; Marielle Machado  
Corrêa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HRSM - Hospital Regional de Santa Maria

<sup>2</sup>UFMS - Universidade Federal de Santa  
Maria

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Ambulatório do Hospital Regional de Santa Maria busca a “desconstrução” do modelo hospitalocêntrico por meio da interdisciplinaridade, além de ter a APS como protagonista no processo. **Descrição e objetivos:** O estudo possui como objetivo principal relatar, por meio dos dados consolidados, a taxa do absenteísmo do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em Hipertensão e Diabetes de Alto e Muito Alto Risco do HRSM. Além disso, também busca-se identificar características e processos inerentes ao serviço especializado que visam a redução do absenteísmo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre características, processos e índices de absenteísmo encontrados no serviço de Atenção Ambulatorial Especializada do Hospital Regional de Santa Maria. O local de pesquisa possui características diferenciadas, pois insere-se como um ator da Saúde no contexto da cidade de Santa Maria e 32 cidades do interior do Estado. O serviço iniciou sua trajetória com uma proposta inovadora, inserido na Planificação de Atenção à Saúde, o qual busca provocar uma disruptura do modelo hegemônico e fortalecer a tão fragilizada Atenção Primária em Saúde. **Resultados/Implicação prática:** A partir da análise dos dados obtidos durante o período de três anos, é possível afirmar que a taxa de absenteísmo vem reduzindo, além de apresentar-se como uma das menores taxas, de acordo com a literatura encontrada em comparação a outras regiões do país. Possivelmente, esse achado deve-se ao modelo de gestão adotado, onde desde sua implantação do serviço ambulatorial houve a preocupação em elaborar estratégias para garantir a adesão do usuário, entre elas destacam-se o “pré-check-in”, o contato com a rede, elaboração do plano de cuidado compartilhado e abordagens diretas ao usuário. Ações que na prática estreitam o vínculo com a rede e usuários, corresponsabilizando-os, o que reflete diretamente na adesão ao tratamento e redução de custos ao SUS. **Conclusão/Aprendizados:** O absenteísmo precisa ser visto não somente como a falta de interesse dos usuários nos serviços ofertados, pois são diversos fatores que podem resultar no não comparecimento desse sujeito às consultas agendadas. A experiência do AAE de Santa Maria demonstra ações dinâmicas e intersetoriais, visando que cada usuário realize seu tratamento e seja assistido de forma integral e contínua.

**Palavras-chave:** Absenteísmo, Atenção Ambulatorial, Cuidado Integral.

188-1

## METODOLOGIA DO PLANIFICASUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA - IV GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

### Autores:

David Felipe de Brito Araújo<sup>1</sup>; Edilene de Castro Chaves<sup>2</sup>; Thamiris Vieira Barros<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SESAU Recife - Secretária de Saúde Do Recife

<sup>2</sup>IV GERES - IV Gerência Regional de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde é uma oportunidade de desenvolver a competência das equipes para o planejamento e organização dos macros e microprocessos da atenção à saúde com foco nas necessidades dos usuários sob a sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Descrição e objetivos:** O estudo objetiva relatar a experiência vivenciada durante o estágio do segundo ano de residência em saúde coletiva, no desenvolvimento das atividades das oficinas tutoriais da Planificação da Atenção Primária na VIII microrregião de saúde da IV Gerência Regional de Saúde (GERES) de Pernambuco no período de agosto a outubro de 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto do desenvolvimento das oficinas tutoriais da Planificação da Atenção à Saúde na IV Regional de Saúde de Pernambuco. **Resultados/Implicação prática:** No início de 2020, o processo de planificação sofreu uma interrupção em decorrência a pandemia de COVID-19, porém, só em 2021, o processo foi retomado e expandido em duas etapas para 89 unidades, chamadas de unidades de expansão resultando no alcance de 100% dos municípios da microrregião envolvidos no processo, com 172 profissionais envolvidos e dois ambulatórios especializados. A dinâmica do processo de planificação fomenta uma integração entre a regional de saúde e as secretarias de saúde, como também entre os gestores dos serviços e entre os profissionais das equipes de saúde da família, NASF, equipes de saúde bucal e em especial os profissionais do ambulatório especializado, incentivando a organização de reuniões de equipes e estimulando agenda integrada. O alcance de resultados positivos a partir das oficinas tutoriais possibilitou o fortalecimento e aproximação da vigilância e atenção à saúde, além do diálogo crescente com a Atenção Especializada (AAE). Um exemplo disso é a estratificação de risco das condições de saúde que permite que APS identifique a população portadora de condições crônicas de alto e muito alto risco, a partir de uma estrutura organizacional e matriciamento, e por meio do manejo clínico deste usuário vincule ao serviço especializado que garanta o cuidado compartilhado e estabilização deste usuário. **Conclusão/Aprendizados:** Os resultados da planificação provoca nos profissionais de saúde mudanças no processo de trabalho e transformações reais na prática, garantindo condições para uma prestação de serviço de qualidade, especialmente no alcance da segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Doença Crônica, Planejamento, Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde.

189-1

## A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM DIABETES: ATUAÇÃO DA NUTRIÇÃO E DA FARMÁCIA NO CUIDADO À PESSOA COM DIABETES INSULINIZADA

### Autores:

Eveline Piaia<sup>1</sup>; Laura Hannel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HRSM - Hospital Regional de Santa  
Maria - FUC Ambulatório de Atenção  
Especializada em HAS e DM de Alto e  
Muito Alto Risco

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A importância da educação em diabetes: atuação da nutrição e da farmácia no cuidado à pessoa com diabetes insulínizada.

**Descrição e objetivos:** Promover ações educativas sobre os hábitos alimentares e a farmacoterapia de usuários com Diabetes *Mellitus* insulínizados, cadastrados na equipe de assistência especializada no ambulatório de hipertensão e diabetes de alto e muito alto risco no Hospital Regional de Santa Maria-RS. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência, de caráter qualitativo, produzido por meio de educação em saúde, realizada durante os atendimentos de nutricionista e farmacêutico no ambulatório de atenção especializada do Hospital Regional de Santa Maria, no período de abril de 2021 a janeiro de 2022. Relato de acompanhamento de um usuário, desde seu primeiro atendimento até a sua estabilização clínica do diabetes. Descreve como as orientações individualizadas utilizando um material lúdico, associando a rotina diária a de um carro para auxiliar na adesão e estabilização clínica. **Resultados/Implicação prática:** Com as orientações dos profissionais e utilizando o material lúdico no atendimento deste usuário descrito e durante este período de acompanhamento, tanto assistenciais quanto de gestão em saúde, foi possível observar que contribuíram positivamente no cuidado integral. Sendo possível verificar que as ações de uma equipe multiprofissional, integrando diferente saberes, podem auxiliar no cuidado integral ao portador de Diabetes *Mellitus* na atenção especializada. Conseguindo além de proporcionar tratamento específico e adequado para essa doença metabólica, contribuir para a promoção da saúde, na prevenção da incidência de agravos, e ainda promover melhorias das condições de vida e no autocuidado. **Conclusão/Aprendizados:** Os objetivos descritos foram alcançados, foi possível descrever a experiência de cuidados farmacêuticos e controle alimentar por meio da identificação do perfil específico deste usuário e do processo de acompanhamento na atenção especializada apoiando o autocuidado do usuário e o cuidado compartilhado com atenção primária ao usuário diabético insulínizado.

**Palavras-chave:** Diabetes, Atividade Lúdica, Insulinoterapia, Alimentação.

134-1

## GRUPO DE AUTOCUIDADO APOIADO

### Autores:

Marluci dos Santos Gonçalves<sup>1</sup>; Paola Martins Ozório Cristofari<sup>1</sup>; Tajjana Ferreira<sup>1</sup>; Karina Lopes Rachelli<sup>1</sup>; Naiara Mariana da Silva Carneiro Alacoque<sup>1</sup>; Alessandra Cristina Albano<sup>1</sup>; Juçara Eloiza da Silva<sup>1</sup>; Mariane Maria Antônia Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UBS Canto Grande - Unidade de Saúde Canto Grande

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O grupo do Autocuidado Apoiado surgiu a partir da dificuldade em trabalhar individualmente com cada paciente. Deste modo, a equipe da UBS do Canto Grande em parceria com a equipe multidisciplinar. **Descrição e objetivos:** Autocuidado pode ser definido, então, como práticas ou as atividades que as pessoas iniciam e realizam em benefício próprio, com a finalidade de manter a vida, a saúde e o bem-estar. O autocuidado é observado a partir do comportamento das pessoas; de ações aprendidas e aplicadas cotidianamente e que contribuem para a manutenção da sua qualidade de vida, sua saúde e bem-estar. O trabalho em grupo tem como objetivo trabalhar a autonomia do autocuidado melhorando o estilo de vida dos usuários. **Metodologia:** De acordo com a proposta do PlanificaSUS de trabalhar o plano de autocuidado com os portadores de doenças crônicas (diabéticos e hipertensos), a equipe da Unidade de Saúde do Canto Grande analisou o seu perfil populacional de portadores de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes *Mellitus* (por meio da estratificação de risco cardiovascular), e identificou-se a necessidade de trabalhar com grupo para apoio do autocuidado. O trabalho será desenvolvido em conjunto com os profissionais da equipe da Atenção Ambulatória Especializada. A proposta é trabalhar com pacientes que queiram melhorar a sua qualidade de vida e que tenham os mesmos objetivos, ou objetivos semelhantes, para poder ser realizado o trabalho em grupo. **Resultados/Implicação prática:** O grupo ainda está em desenvolvimento, mas já podemos observar a importância do AutoCuidado Apoiado. Os usuários se sentem mais seguros e estimulados nessa prática, diminuindo assim os agravos da saúde e as consultas de condições crônicas agudizadas. O trabalho também está nos proporcionando as quebras de barreiras entre o trabalho da equipe da APS e da AAE. **Conclusão/Aprendizados:** Com a construção desse projeto e aplicação na prática diária, podemos concluir o quanto é importante trabalhar em rede, em estreitar as barreiras entre a APS e AAE. Os usuários se sentem mais apoiados e motivados a realizarem mudanças de hábitos saudáveis. Com isso podemos realizar o cuidado longitudinal, diminuir as complicações e agravos da saúde.

**Palavras-chaves:** Autocuidado, Atenção Primária, Atenção Especializada, Equipe Multidisciplinar, Plano de Cuidado.

197-1

## AVALIAÇÃO DA VELOCIDADE DE CRESCIMENTO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 NO CENTRO DE ATENDIMENTO AO DIABÉTICO E HIPERTENSO (CADH) DO HOSPITAL DA REGIÃO LESTE DO DISTRITO FEDERAL

### Autores:

Paloma Eduardo dos Santos<sup>1</sup>; Ana Queiroz de Araújo<sup>1</sup>; Emanuella Vital Campo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HRL - Hospital da Região Leste

<sup>2</sup>CADH - Centro de Atenção em Diabetes e Hipertensão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O DM1 é uma das mais prevalentes doenças endócrino-metabólicas crônicas entre crianças e adolescentes. Para melhor manejo é importante equipe interdisciplinar com plano de cuidados individualizado.

**Descrição e objetivos:** Avaliar a velocidade de crescimento, hemoglobina glicada e previsão de estatura final dos pacientes da faixa etária pediátrica com DM 1 em acompanhamento no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CADH) do Hospital da Região Leste do Distrito Federal. Correlacionando os dados obtidos com a população não portadora de DM1 da mesma idade e sexo conforme literatura.

**Metodologia:** É um estudo retrospectivo, descritivo, analítico e transversal. Foram incluídos nesta pesquisa 26 crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 acompanhados no CADH do Hospital da Região Leste (HRL) do DF. Foi calculada a média aritmética da hemoglobina glicada em um período de 10 meses no ano de 2019, e correlacionados os resultados com a velocidade de crescimento (VC) no mesmo período. Após, dividir em grupos com VC baixa e adequada, foi feita a análise da previsão de estatura final destes pacientes conforme idade óssea contrapondo estatura-alvo. **Resultados/Implicação prática:** Ao ser analisada a velocidade de crescimento e hemoglobina glicada, foi observado que os pacientes que apresentavam velocidade de crescimento baixa obtiveram maior porcentagem de hemoglobina glicada fora da meta glicêmica em comparação com os de velocidade de crescimento adequada. Ambos os grupos analisados obtiveram alta porcentagem de previsão de estatura final compatível com a estatura alvo VC baixa 88% e VC adequada 92%. **Conclusão/Aprendizados:** Nesse trabalho não houve diferença significativa entre os grupos em relação à previsão de estatura final e a possibilidade de alcançar a estatura-alvo familiar. As análises da pesquisa podem ser utilizadas também para promoção de estratégias de tratamento do paciente com DM1, melhorando seus níveis de hemoglobina glicada, promovendo um melhor controle metabólico.

**Palavras-chave:** Crescimento, DM tipo 1, Velocidade de Crescimento, Previsão de Estatura Final.

199-1

## O PLANO DE CUIDADOS COMO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE APS E AAE: A EXPERIÊNCIA DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE-PR

### Autores:

Mariana Machado<sup>1</sup>; Emaline Santos<sup>1</sup>;  
Eliane Veloso<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa  
Shimocomaqui<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PNS - Projetos e Novos Serviços

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O plano de cuidado é uma ferramenta estratégica para a gestão dos casos mais complexos que necessitam de maior mobilização de recursos disponíveis no território e acompanhamento sistemático.

**Descrição e objetivos:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência da construção do plano de cuidado integrado entre a APS e a AAE na linha de cuidados da saúde da pessoa idosa, na 4ª região de saúde do Paraná. Esta região é composta por 9 municípios, os quais aderiram ao PlanificaSUS em 2018, com a participação de 9 serviços de APS e um AAE. Em 2021, com a expansão, já são 42 serviços de APS e um AAE que utilizam o plano de cuidado integrado na linha de cuidados da saúde da pessoa idosa. **Metodologia:** O plano de cuidado foi confeccionado na oficina tutorial integrada da Etapa 5.2. A partir de um formulário já existente, porém muito extenso e pouco aplicável, os profissionais da APS e AAE revisaram, retirando o que achavam desnecessário e acrescentando informações que consideraram importantes. Foi uma construção conjunta, em que todos os atores envolvidos puderam opinar, criando um documento prático e de fácil aplicabilidade tanto para APS quanto para AAE. O plano de cuidados foi validado na CIR e começou a ser utilizado na APS, inicialmente com os usuários de alto e muito alto risco. **Resultados/Implicação prática:** Os resultados demonstram uma melhor gestão da condição de saúde centrada no usuário, fortalecimento da comunicação e integração entre a APS e AAE, possibilitam oportunidades de formação entre as equipes e equipe e usuário, empoderamento da APS no manejo das condições crônicas, priorização dos problemas, identificação das estratégias de intervenção com a participação ativa do usuário e fomento à interdisciplinaridade. Tudo isso tem permitido uma melhor estabilização das condições crônicas. A unidade laboratório do município de Irati-PR, por exemplo, possui 80 idosos frágeis e em risco de fragilização (IVCF-20). Destes, 46 já tiveram o cuidado compartilhado com a AAE por meio do plano de cuidados, os quais vêm se mantendo estáveis, com relatos de melhora de autonomia e funcionalidade. **Conclusão/Aprendizados:** A experiência do plano de cuidados tem possibilitado uma comunicação mais efetiva entre a APS e a AAE, além do empoderamento da APS no que diz respeito ao manejo clínico adequado das condições crônicas. Já é possível visualizar a APS mais segura e resolutiva, desenvolvendo o seu atributo de coordenação do cuidado e a AAE exercendo a sua função assistencial e educacional.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Plano de Cuidado, Planificação.

199-2

## PLANIFICASUS NA GESTÃO DO CUIDADO DE GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO AMAZONAS

### Autores:

Juciara Sampaio<sup>1</sup>; Leidiane Santarém<sup>1</sup>; Sonaira Serrão Castro Ribeiro<sup>1</sup>; Patrícia Gonzaga Farias<sup>1</sup>; Aldecy Almeida Bezerra Silva<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa Shimocomaqui<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMSP - Secretaria Municipal de Saúde de Parintins

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Baixo Amazonas é uma região de saúde com significativa população em situação de vulnerabilidade e apresenta inúmeros desafios na organização e integração da AAE em rede com a APS no PlanificaSUS.

**Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da implantação de fluxos para o compartilhamento do cuidado e a realização de exames entre um serviço de APS e AAE, considerando a gestão de base populacional e a customização da metodologia do PlanificaSUS.

**Metodologia:** Por meio da planificação, foram realizadas oficinas de gerenciamento e tutoriais com os gestores e profissionais da APS e do AAE para a implantação dos fluxos de atendimento das gestantes. Também foram realizadas ações de educação em saúde de forma coletiva e individual com as gestantes acerca do seu percurso na linha de cuidado materno-infantil. Elaborou-se estratégia de fila zero para o agendamento de exames de ultrassom e exames laboratoriais. Isso foi possível, considerando o conhecimento do território dinâmico da área, do número de gestantes existente e sua classificação por risco.

**Resultados/Implicação prática:** A implantação dos fluxos proporcionou a reorganização dos serviços, a redução da fila de espera para a realização de exames e consultas na AAE e respostas rápidas no agendamento das consultas e na obtenção dos resultados de exames. Ademais, os profissionais que atuam nesses dois pontos de atenção ampliaram o seu conhecimento e sua capacidade de análise quanto ao manejo clínico, monitoramento e o trabalho interprofissional e colaborativo na perspectiva das redes de atenção à saúde e no modelo de atenção às condições crônicas.

**Conclusão/Aprendizados:** O apoio das tutoras, referência técnica municipal, dos gestores e da equipe Einstein foram fundamentais para o fortalecimento e sustentabilidade dessas ações alcançadas. Além disso, a customização da metodologia da planificação, considerando os desafios do Baixo Amazonas favoreceram o diálogo entre os atores envolvidos e a factibilidade no desenvolvimento das ações.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, PlanificaSUS, Gestante, Vulnerabilidade, Cuidado.

204-1

## A INTEGRAÇÃO DO CUIDADO GESTACIONAL CREAMI E APS SAÚDE INDÍGENA: RELATO DE EXPERIÊNCIA POR MEIO DA ABORDAGEM DO MATRICIAMENTO

### Autora:

Cidélma Pereira Batista<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CREAMI - Centro Regional Especializado  
de Atenção Materno-Infantil - RO

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O processo de Planificação da Atenção à Saúde em Cacoal/RO iniciou-se no ano de 2017, sendo a linha de cuidado materno-infantil priorizada, em decorrência das altas taxas de mortalidade. **Descrição e objetivos:** Com a criação e organização do (CREAMI) de Cacoal/RO, baseado na lógica de circuito de atendimento multidisciplinar e elaboração do plano de cuidado compartilhado, foram evidentes os bons êxitos no manejo clínico (função assistencial) das gestantes de alto risco. No entanto, a relação e comunicação da AAE com a APS se tornava cada vez mais imprescindível, trazendo assim a necessidade de atividades educacionais e supervisionais, especialmente em relação às equipes de Saúde Indígena. **Metodologia:** A introdução do matriciamento no ano de 2021 das equipes da APS, conhecendo o CREAMI, proporcionando o giro no circuito de atendimento foi fundamental, incluindo a saúde indígena, que era um público ainda pouco acolhido. Considerando o aperfeiçoamento da equipe multidisciplinar do CREAMI e a utilização dos seus instrumentos processuais, foi possível identificar o baixo compartilhamento do cuidado gestacional de gestantes de alto risco de indígenas aldeadas, assim como pouca adesão dos profissionais da APS da saúde indígena nas capacitações da ficha de estratificação de risco da gestante. **Resultados/Implicação prática:** Por meio do Instrumento de Registro Clínico Coletivo, foi identificado que nos anos de 2020 e 2021 apenas uma gestante indígena aldeada foi estratificada como alto risco e compartilhada com o CREAMI. Diante desse cenário, foi necessária a análise crítica da equipe em melhorar sua comunicação e integração com a Saúde Indígena, sendo intensificadas no ano de 2022, com reunião com os profissionais da APS Indígena nas dependências do DSEI Polo Base Cacoal, matriciamento no CREAMI dos profissionais e nas diversas capacitações ocorridas neste ano. O resultado? Melhora significativa no compartilhamento do cuidado gestacional com o CREAMI, sendo 04 gestantes indígenas aldeadas estratificadas e compartilhadas em 2022 e primeira consulta de Telemedicina de Cacoal, sendo uma gestante indígena aldeada. **Conclusão/Aprendizados:** Por meio do processo de Planificação da Atenção à Saúde, os resultados são alcançados. Foi possível identificar a importância das funções do CREAMI, a necessidade de educação continuada, integração e comunicação com a APS, especialmente dessa população que necessita ser acompanhada respeitando suas particularidades, bem como os profissionais nela envolvidos.

**Palavras-chave:** Matriciamento, Saúde indígena, Planificação em Saúde, Gestação.

**205-1**

## **DESENVOLVIMENTO DE CONSULTORES EM GESTÃO E ANALISTAS DE TUTORIA: UMA EXPERIÊNCIA A PARTIR DO ENSINO DE ADULTOS**

### **Autores:**

Rebecca Cabral de Figueiredo Gomes Pereira<sup>1</sup>; Isadora Siqueira de Souza<sup>1</sup>; Lívia Schunk Pereira<sup>1</sup>; Marcio Anderson Cardozo Paresque<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IIRS - Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A operacionalização do PlanificaSUS é realizada nas regiões de saúde a partir do trabalho de uma equipe composta por consultores em gestão e analistas de tutoria para Atenção Primária e Ambulatorial Especializada. O desenvolvimento dessas equipes para a implantação/implementação dos processos nos serviços de saúde é responsabilidade da coordenação e dos especialistas do projeto. Foi identificada a necessidade de trabalhar o desenvolvimento de competências comuns, independente da região a qual estes prestadores estão vinculados. **Descrição e objetivos:** Compartilhar a experiência de elaboração da trilha de desenvolvimento de consultores e analistas. **Metodologia:** A partir da identificação das competências desejáveis para o desenvolvimento de consultores e analistas, foi composto um grupo de trabalho com a participação da coordenação e especialistas. A diretriz de trabalho da SBIBAE para o desenvolvimento dos colaboradores foi considerada para a elaboração das trilhas para os prestadores. Utilizamos a estratégia de aprendizagem 70/20/10 (SCOTT, 2016) em que 70% do aprendizado é adquirido na prática do trabalho, 20% aprendendo com o outro e 10% se dão de maneira formal. Partimos também do Ciclo de Aprendizagem Experiencial na perspectiva de Kolb (1984). **Resultados/Implicação prática:** A trilha é apresentada como uma recomendação de agenda que conta com momentos de estudo individual, de encontros presenciais para troca de experiências, monitoramento das entregas do projeto e valorização das experiências vividas nos territórios a partir do ciclo de aprendizagem experiencial. São sugeridas frequências de encontros virtuais entre os integrantes do time da região para aprimorar o monitoramento das ações e resultados nos serviços de saúde envolvidos, bem como para aprofundar o uso de instrumentos de trabalho ou temáticas dos processos que serão trabalhados junto aos gestores e/ou serviços de saúde. **Conclusão/Aprendizados:** Valorização da aprendizagem informal, alinhada com modernos procedimentos de gestão de pessoas e recursos humanos. Além disso, compreende-se que o centro são os profissionais e seu capital intelectual, sobre o qual se baseia o desenvolvimento do processo de trabalho. Podemos concluir que a aprendizagem informal e experiencial ocorre em diferentes níveis: individual, grupal e organizacional. A plena compreensão dessa aprendizagem requer observar como a aprendizagem individual é gerada e contribui para a aprendizagem coletiva e vice-versa (MARSICK, 1991).

**Palavras-chave:** Andragogia, Gestão de Pessoas, Organização Institucional, Recursos Humanos, Tecnologias Educacionais.



206-2

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO E DIABETES E GARANTIA DE ACESSO NA REDE

### Autores:

Simone Soares dos Santos<sup>1</sup>; Jessica Santos de Souza<sup>2</sup>; Hortência Oliveira da Conceição<sup>2</sup> Muriel Nascimento Andrade<sup>2</sup>; Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>3</sup>; Laís Pimenta Ribeiro dos Santos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SESAB - Núcleo Regional de Saúde Sul

<sup>2</sup>Policlínica Regional de Valença -  
Policlínica Regional de Saúde do Baixo Sul

<sup>3</sup>SEMUS, Caxias-MA - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA

<sup>4</sup>ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O trabalho integrado nas Redes de Atenção à Saúde possibilita o cuidado integral à população. A Assistência Farmacêutica é entendida como um conjunto de ações que deve ser capaz de garantir parte da integralidade da atenção tendo o medicamento como insumo fundamental que, utilizado de forma racional, deve contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O cenário deste relato é a Policlínica Regional do Baixo Sul, em Valença, BA, que iniciou a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde em 2019 com o PlanificaSUS. No microsistema clínico Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), durante uma atividade de monitoramento, surgiu a sinalização da APS sobre a prescrição de medicamentos não disponíveis na rede do município. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de qualificação e organização da assistência farmacêutica para o acesso dos usuários de alto e muito alto risco com hipertensão e diabetes aos medicamentos essenciais. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, que descreve uma estratégia utilizada pela Policlínica Regional de Valença para organização das prescrições e acesso a medicamentos dos componentes básico e especializado. Foi realizada uma oficina com a equipe multiprofissional da policlínica, conduzida pelo farmacêutico da equipe para alinhamento sobre os medicamentos padronizados na linha de cuidado hipertensão e diabetes e distribuídos pelos municípios da Região, e do componente especializado distribuído pelo nível regional do Estado. **Resultados/Implicação prática:** A atividade propiciou a discussão multiprofissional e a aproximação dos especialistas, médicos cardiologista e endocrinologista, com a realidade do território. Durante o encontro, questões como o uso racional de medicamentos e acesso a estes foram abordados. A equipe discutiu sobre a importância do alinhamento na rede para as prescrições, no intuito de garantir a integralidade do cuidado, considerando a realidade socioeconômica e grau de dependência do SUS na região, de forma a ofertar uma abordagem terapêutica adequada à realidade. **Conclusão/Aprendizados:** O acesso ao medicamento é um fator incontestável para a estabilização clínica dos usuários compartilhados. Desta maneira, a comunicação entre profissionais e o conhecimento dos medicamentos disponíveis na rede são fundamentais para a garantia da segurança e da qualidade de assistência.

**Palavras-chave:** Comissões de Medicamentos, Assistência à Saúde, Distribuição Comunitária, Serviços de Saúde.



207-2

## A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REGIÃO DE ARAÇUAÍ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Deise Lima Santos<sup>1-2</sup>; Bianca Kelly Santos Vieira<sup>1</sup>; Karina Cenci Pertile<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CEAE - Centro Estadual de Atenção Especializada

<sup>2</sup>SMS Araçuaí - Secretaria Municipal de Saúde de Araçuaí

<sup>3</sup>SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Os Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) são serviços que têm como objetivo ampliar o acesso da população à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), os CEAE podem organizar os seus processos de trabalho a partir do modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA). Em Minas Gerais, a PAS recebeu o nome de “Projeto Saúde em Redes”, cujo piloto aconteceu nos 29 municípios do Vale do Jequitinhonha, apoiado pelo CONASS e pelo Hospital Israelita Albert Einstein. O Saúde em Redes trabalha na perspectiva do desenvolvimento dos microdos micros e macroprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) e da AAE, com foco na integração entre esses dois pontos de atenção. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da implantação do CEAE na microrregião de Araçuaí/MG, a partir do modelo do PASA. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, sobre a implantação do CEAE na microrregião de Araçuaí/MG, formada pelos municípios de Berilo, Jenipapo de Minas, Virgem da Lapa, Coronel Murta, Araçuaí, Francisco Badaró. No ano de 2019, iniciaram as oficinas do Projeto Saúde em Redes em Diamantina/MG, sendo que Araçuaí enviou duas tutoras para a AAE, mesmo antes da implantação do CEAE. **Resultados/Implicação prática:** O CEAE Araçuaí foi inaugurado em 2021, para atender as linhas guias materno infantil, propedêutica de câncer de colo de útero e mama em âmbito microrregional, iniciando seu funcionamento dentro do modelo PASA. Até então, a região representava um vazio assistencial para usuários de alto risco. Após a contratação da equipe, foram realizados diversos cursos e oficinas, com o objetivo de realizar um alinhamento conceitual, destacando a organização dos processos de trabalho e da carteira de serviços dentro das linhas de cuidado propostas. Um grande desafio foi a cultura de que o usuário, depois que é atendido na AAE, não retorna para a APS. **Conclusão/Aprendizados:** A equipe do CEAE realizou um trabalho intensivo com os usuários e com as equipes de APS, para a construção da ideia do cuidado compartilhado entre APS e AAE. A partir do macroprocesso educacional, o CEAE realizou capacitações junto às equipes da APS para estratificação de risco e compartilhamento do cuidado. Além disso, tem realizado um processo contínuo de matriciamento, estreitando o vínculo com as equipes, identificando os principais obstáculos na implantação dos macroprocessos da APS e apoiando as equipes na superação desses. A APS e AAE passaram a trabalhar com Plano de Cuidado Compartilhado.

**Palavras-chave:** Atenção Secundária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Gestão da Saúde.

210-3

## A ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO: A EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE TELESSAÚDE

### Autores:

Thales Santos Andrade<sup>1</sup>; Milena Tenório Cerezoli<sup>1</sup>; Stefane de Souza Barros<sup>1</sup>; Rafael Saad Fernandez<sup>1</sup>; Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi<sup>1</sup>; Mônica Rossatti Molina<sup>1</sup>; Stefania da Costa Gomes Elias<sup>2</sup>; Nathaly Araújo Leal do Prado<sup>2</sup>

<sup>1</sup>BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

<sup>2</sup>SMS Duque Bacelar/MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Evidências em literatura sugerem a abordagem por telemedicina pode ser eficaz para promoção da abstinência continuada, sendo uma alternativa para o manejo de tabagistas nas Redes de Atenção à Saúde.

**Descrição e objetivos:** O TeleNordeste é um projeto PROADI-SUS, cujo objetivo é validar um modelo de acesso a especialidades em territórios com dificuldades de acesso, por meio da elaboração de um plano de cuidado por meio de teleinterconsulta entre o médico especialista e as Equipes de Saúde da Família. Este resumo descreve a estratégia de implementação da linha de cuidado para cessação do tabagismo para tabagistas de alta complexidade, no município de Duque Bacelar- MA, utilizando as especialidades do projeto. **Metodologia:** Foram realizadas discussões entre a equipe técnica do hospital PROADI e a gestão da localidade para desenho dos fluxos operacionais e cronograma de implementação, incluindo temas de capacitação das ESF. Foram revisados o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (Ministério da Saúde, 2020) e os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada para a consolidação das ações, dos critérios de elegibilidade e resultados esperados. A UBS piloto da iniciativa foi definida pela gestão local, e realizou o mapeamento dos pacientes tabagistas no território. **Resultados/Implicação prática:** Foram identificados cerca de 200 pacientes tabagistas no território das equipes participantes. Será realizada a capacitação das equipes na abordagem PAAP (Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar) para captação dos pacientes para consulta de admissão e estratificação de risco. Como critérios de inclusão para seguimento com especialista, foram considerados: falência ao tratamento prévio, casos que gerem dúvidas quanto à prescrição de tratamento farmacológico; *Fagerström* acima de 6 e comorbidades clínicas associadas, sendo para estes realizado agendamento para apoio individualizado e caso identificada a necessidade, encaminhamento para outras especialidades do projeto. Os resultados avaliados serão a Taxa de Abstinência Continuada, a adesão às agendas programadas e satisfação dos usuários. **Conclusão/Aprendizados:** Apesar da existência de diversas políticas públicas, o tabagismo ainda é a principal causa de morte evitável no mundo. Esta iniciativa busca gerar evidências da Telessaúde no suporte à cessação do tabagismo, fortalecendo o repertório de soluções para a promoção de abstinência e para educação continuada no contexto da APS, devendo ser acompanhada quanto aos resultados esperados após implementação.

**Palavras-chave:** Linha de Cuidado, Tabagismo, TeleNordeste, Telessaúde.



210-4

## EXPERIÊNCIA DOS ATENDIMENTOS EM REUMATOLOGIA EM UM PROJETO DE TELESSAÚDE: APRENDIZADOS E NOVAS POSSIBILIDADES

### Autores:

Maria Thereza Gomes Caldeira<sup>1</sup>;  
Marcus Vinicius Dutra Zuanazzi<sup>1</sup>;  
Rafael Saad Fernandez<sup>1</sup>; Mônica  
Rossatti Molina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Por meio de ações inspiradas no modelo de Pontos de Atenção Secundária Ambulatorial, o TeleNordeste visa ampliar o acesso a especialidades para pacientes crônicos de alto risco, por meio de Teleinterconsulta.

**Descrição e objetivos:** O projeto TeleNordeste tem como objetivo oferecer um acompanhamento longitudinal aos pacientes, bem como educação continuada dos profissionais, por meio da disponibilidade de especialistas em várias áreas. Com o relato de experiência, é objetivado demonstrar os dados dos atendimentos em Reumatologia, realizados pelo projeto TeleNE BP, que atende os estados de Alagoas, Maranhão e Piauí.

**Metodologia:** O TeleNordeste-BP teve início de suas atividades operacionais em agosto de 2022, tendo realizado 101 atendimentos em Reumatologia até a data do resumo. Os termos de consentimento são coletados previamente à realização da Teleinterconsulta, pelo formulário digital. A interação é realizada por meio de plataforma digital de vídeo, entre médico especialista, paciente e o médico da Equipe de Saúde da Família. Foram analisados: idade, sexo, diagnóstico e necessidade de encaminhamento à consulta em Reumatologia presencial. Os dados foram agrupados e não foram utilizados dados identificados.

**Resultados/Implicação prática:** Dos pacientes atendidos aproximadamente 85% foram mulheres, sendo a idade média descrita de 52 anos. A idade média dos pacientes masculinos foi de 53 anos. Dos diagnósticos relatados nos atendimentos, 30% deles compreendem dores crônicas; sendo das hipóteses, 27% Chikungunya Crônica; 27% Artrite Reumatoide; 10% Osteoartrite e, ademais, outros diagnósticos, destacando-se Gota, Artrite Psoriásica e Lúpus Eritematoso Sistêmico. O encaminhamento para tratamento presencial com um reumatologista foi necessário em aproximadamente 10% dos casos. Todos os pacientes participantes do projeto estão sendo acompanhados por teleconsultoria, conferindo integralidade e longitudinalidade ao processo.

**Conclusão/Aprendizados:** O projeto tem grande potencial para complementar as estratégias já desenvolvidas para os atendimentos dos pacientes crônicos que necessitam de Atenção Especializada em áreas com dificuldade de encaminhamento. Poucos pacientes necessitaram de encaminhamento ao atendimento presencial em Reumatologia, sendo possível evitar deslocamentos e manter o acompanhamento integral na APS.

**Palavras-chave:** Modelo de Atenção às Condições Crônicas, Linha de Cuidado, Reumatologia, Telessaúde, TeleNordeste.



222-2

## CUIDADO INTEGRADO NA ASSISTÊNCIA AO SOBREPESO E OBESIDADE: ORGANIZAÇÃO DA LINHA DO CUIDADO

### Autores:

Regina Grespan<sup>1-2</sup>; Cibele Sequeira<sup>1-2-3</sup>; Christiane Laporta<sup>1</sup>; Raquel Terezam<sup>1-2-3</sup>; Beatriz Sequeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PMSCS - Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul

<sup>2</sup>USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

<sup>3</sup>CUSC - Centro Universitário São Camilo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Em 2018, todos médicos encaminhavam pacientes para cirurgia bariátrica. Acarretando demanda e sem preparo para intervenção. Apurou-se que 50% dos casos não obtinham sucesso na cirurgia. **Descrição e objetivos:** Estruturar a linha da rede de cuidado, orientando os profissionais que participaram do processo, demonstrar os fluxos assistenciais e estabelecer o percurso na assistência integral aos usuários com sobrepeso e obesidade (doença crônica) desde a promoção a saúde ao pós-bariátrico. **Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, sobre a implantação da linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, localizada na cidade de São Caetano do Sul. A observação da implantação foi realizada durante o mês de outubro de 2022, acompanhando as atividades do Grupo de Saúde Diária (GSD). **Resultados/Implicação prática:** Gestores e profissionais da saúde promoveram a construção da linha de cuidado, em 2018, a partir da Atenção Primária à Saúde, com ações de promoção e prevenção à saúde, no combate à obesidade, por meio do Programa Saúde na Escola, Crescer Saudável, Grupo de Qualidade de Vida e GSD, dando sequência com a equipe de Saúde da Família, composta por clínico geral, pediatra, nutricionista e educador físico. A linha conta com apoio de psicólogos, no pré e pós-bariátrica, e também, cirurgia plástica reparadora. A estruturação da rede em todos os níveis de atenção proporcionou maior conscientização e mudança de hábitos dos usuários, aumentando a chance de sucesso a médio e longo prazo. O trabalho com crianças e adolescentes nesse tema foi intensificado por meio do Crescer Saudável. **Conclusão/Aprendizados:** A construção da linha de cuidados foi feita de forma democrática e ascendente por meio da Educação Permanente em Saúde. Dessa forma, conseguimos alcançar maior envolvimento dos profissionais, cuidado integrado no acompanhamento dos munícipes elegíveis para linha de cuidado do Sobrepeso e Obesidade em São Caetano do Sul.

**Palavras-chave:** Sobrepeso, Obesidade, Linha de Cuidado, Assistência Integral, Doenças Crônicas.

222-3

## POLÍTICAS PÚBLICAS GERONTOLÓGICAS: ARTICULAÇÃO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL NA OTIMIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO EM SÃO CAETANO DO SUL

### Autores:

Rosamaria Garcia<sup>1-2-3-4</sup>; Regina Grespan<sup>1-2-3</sup>; Lucila Lorenzini<sup>1-3</sup>; Cibele Sequeira<sup>1-2-3-4</sup>

<sup>1</sup>PMSCS - Prefeitura Municipal de São Caetano do Sul

<sup>2</sup>USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

<sup>3</sup>COMTID - Coordenadoria Municipal da Terceira Idade

<sup>4</sup>CUCS - Centro Universitário São Camilo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O município possui alta expectativa de vida comparada a outras cidades do Brasil. As políticas públicas sustentam este cenário com programas e projetos interdisciplinares para o idoso. **Descrição e objetivos:** Relatar a organização e articulação em rede de atenção à população idosa do município, a partir das políticas públicas gerontológicas. **Metodologia:** Trata-se de relato descritivo de experiência, sobre a organização dos equipamentos e serviços gratuitos, destinados à pessoa idosa. **Resultados/Implicação prática:** A organização da rede de atenção à saúde se estrutura a partir da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família. Seu diferencial é a articulação com a Atenção Secundária, promovendo à saúde prevenção de doenças e agravos para com o idoso. Seu principal equipamento é o CISE (Centro Integrado de Saúde e Educação) da Terceira Idade, desenvolvido a partir do princípio da integralidade do cuidado, pautado em pilares do envelhecimento ativo. Destinado a munícipes com mais de 50 anos com serviços nas áreas de Saúde, Esporte, Lazer, Cultura, Educação, Trabalho e Direito. Cada CISE oferece ações de prevenção primária e secundária. Foram realizados, também, programas de geração de renda, capacitação e recolocação profissional, que emprega idosos em equipes públicas. **Conclusão/Aprendizados:** Os CISEs são políticas públicas gerontológicas que permitem a valorização da promoção de saúde integral e integrada, bem como prevenção e olhar multidimensional ao idoso. Este equipamento contribui na otimização de oportunidades para a produção de saúde e bem-estar, e para o empoderamento do idoso como cidadão de direitos e protagonista de sua velhice, amparado pelo poder público.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Políticas Públicas Gerontológicas, Esferas de Atenção, Promoção de Saúde Integral e Integrada, Intersetorialidade.

223-1

## O IMPACTO DO MATRICIAMENTO NA COMUNICAÇÃO COM A APS E NA GESTÃO DA FILA DA AAE

### Autores:

Erica Correia Garcia<sup>1</sup>; Valdemar de Almeida Rodrigues<sup>1</sup>; Veridiana Saraiva de Carvalho<sup>1</sup>; Jeane Alves da Cunha<sup>1</sup>; Fabíola de Fátima Sousa<sup>1</sup>; Fernanda Rodrigues de Castro Takeuti<sup>1</sup>; Liana da Silva Mousinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SES - Secretaria de Estado de Saúde- DF

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** 15 usuários de alto risco tiveram seu cuidado compartilhado por uma mesma eSF para o Centro de Atenção em Diabetes e Hipertensão - CADH e esse ambulatório estava lotado no próximo mês. **Descrição e objetivos:** A Planificação da Atenção à Saúde - PAS iniciou no DF em 2016 na Região Leste da SES-DF. Os trabalhadores da AAE iniciaram matriciamento na APS mesmo antes da inauguração do CADH em agosto de 2017. Desde então, foi realizada gestão de fila para que os usuários de alto ou muito alto risco não ficassem mais de 1 mês aguardando. Realizar gestão da fila de espera. O CADH deve avaliar os 15 usuários de alto risco que tiveram o cuidado compartilhado mesmo sem ter vaga no ambulatório.

**Metodologia:** O CADH entrou em contato com a gerente e eSF em questão. Informamos que iríamos na Unidade Básica de Saúde, se concordassem. Marcamos para 12/05/22. Nesse dia os trabalhadores do CADH foram até a UBS. Foi levado ainda 1 aparelho de eletrocardiograma, material necessário para o exame do pé e material necessário para o Índice Tornozelo Braquial ITB. A técnica de enfermagem avaliou os sinais vitais, peso, estatura e ECG dos usuários. Cada usuário foi direcionado pela técnica a uma sala (com um especialista diferente da secundária). Os integrantes da APS foram se revezando em cada sala. **Resultados/Implicação prática:** Todos os usuários realmente estavam estáveis, nenhuma medicação foi trocada ou adicionada às receitas feitas pela APS, todos ECGs, PAs, glicemias e ITBs estavam dentro da normalidade. Parabenizamos a eSF e enfatizamos que quando muitos usuários de uma mesma equipe, principalmente se rural, forem de alto ou muito alto risco, que eles podem solicitar matriciamento. Nós iremos até eles com o maior prazer. A eSF e a gerente que participaram desse momento ficaram bastante satisfeitas e seguras do seu papel de gestoras da saúde. A equipe do CADH que se deslocou até a UBS ficou bastante realizada por comprovar que a PAS é um sucesso, que o nosso papel de auxiliar a APS foi demonstrado na efetividade, eficiência e qualidade do atendimento na atenção primária. **Conclusão/Aprendizados:** Os usuários estratificados como alto e muito alto risco podem ser acompanhados na APS. A AAE pode avaliá-los no ambulatório ou em matriciamentos. A equipe da AAE tem que trabalhar em rede com a APS. Assim, evitará o “efeito velcro”. Matriciamentos (atendimento conjunto entre APS e AAE) impactaram positivamente na comunicação efetiva desses 2 níveis de atenção e na gestão da fila da AAE.

**Palavras-chave:** Matriciamento, Gestão da Fila, AAE e APS Unidas.



227-1

## ATIVIDADE PRÁTICA DA PLANIFICAÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

### Autores:

Milene Negri Reiser<sup>1,2</sup>; Vânia Ana Silveira Muniz<sup>1</sup>; Cleverson dos Santos<sup>1</sup>; Marlene Serafim<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SES/SC Gerência Regional de Saúde da Foz do Rio Itajaí

<sup>2</sup>UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde por meio do PlanificaSUS é uma metodologia que traz como essência a integralidade nas dimensões primárias e secundárias de atendimento, minimizando a fragmentação do cuidado. O programa iniciou as atividades contemplando a Linha de Cuidado Materno-Infantil devido ao alto índice de morbimortalidade materna. A região da Foz do Rio-Itajaí é composta por 11 municípios, apresentando populações bastante heterogêneas e disparidades em relação à densidade geográfica, populacional, e fatores relacionados à economia. A região não apresentava serviço especializado de referência para gestação de alto risco, a qual pudesse oferecer assistência sob uma perspectiva de cuidados, centrada na gestante, levando em consideração a pluralidade dos determinantes da saúde envolvidos no processo. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência de criação e implantação de um Ambulatório de Atenção Especializada à gestante de alto risco como produto das atividades da fase 2 do PlanificaSUS. **Metodologia:** O local foi a região de saúde da Foz do Rio-Itajaí, no estado de Santa Catarina. Os municípios assinaram o termo de adesão. As parcerias foram da Secretaria do Estado da Saúde e o Instituto Israelita Albert Einstein. Em um segundo momento, uma pactuação com a Universidade do Vale do Itajaí. A metodologia foi a proposta pelo PlanificaSUS, seguindo-se a fase 2 (triênio 2021-2023), fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Ambulatorial Especializada na organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde. Os atores foram os representantes municipais e regionais. Nesse momento foi levantada a possibilidade de implantação de um Serviço de Referência com apoio e financiamento do Governo Estadual conveniado à UNIVALI. **Resultados/Implicação prática:** Criação do Ambulatório de Gestão de Alto Risco – AGAR. A equipe de *marketing* já formulou a logomarca. O serviço está em fase de treinamentos dos processos internos e externos. Os meios de encaminhamentos já foram pactuados via Regulação Municipal e Regional. **Conclusão/Aprendizados:** O maior aprendizado da PAS e consolidação do AGAR foi o trabalho em equipe, uma construção por várias mãos, carregando o anseio da região em busca da integralidade do cuidado à gestante de alto risco.

**Palavras-chave:** Gestação de Alto Risco, Planificação da Atenção à Saúde, Ambulatório de Atenção Especializada.



244-1

## A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA EXECUÇÃO DAS FUNÇÕES ASSISTENCIAL, EDUCACIONAL, SUPERVISIONAL E DE PESQUISA

### Autores:

Cintia Marcovicz Visinoni<sup>1</sup>; Angela Maria da Cruz Cardoso<sup>1</sup>; Isadora Dezan Martini<sup>1</sup>; Luiza Maria Gaspar<sup>1</sup>; Isabella Helena Pietrowiski Basso<sup>1</sup>; Marcia Cristina Schoenherr Glinski<sup>1</sup>; Gabriela Aparecida Grochowski<sup>1</sup>; Leticia Carolina Moro

<sup>1</sup>CIS AMCESPAR - Consórcio Intermunicipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) da 4ª Região de Saúde do Estado do Paraná está organizado no MACC e, anteriormente, desempenhava somente a função assistencial ao usuário.

**Descrição e objetivos:** Desempenhar as funções do ambulatório de maneira satisfatória na busca pela integração efetiva entre a APS e a AAE. Ofertar cuidado integral e interdisciplinar ao usuário com maior resolutividade por meio do compartilhamento entre APS e AAE. Empoderar as equipes da APS para melhora no manejo e estabilização das condições crônicas dos usuários de seu território. **Metodologia:**

Utilizou-se ferramentas tecnológicas de comunicação, como aplicativos de mensagens de texto e voz, videochamadas, e-mails e chamadas telefônicas, além dos instrumentos de estratificação de risco, registros em prontuários eletrônico e físico, bem como de planilhas de dados. Realizaram-se encontros presenciais entre os pontos das redes de atenção conforme cronograma estabelecido, no intuito de atender as demandas e melhorar os processos de trabalho, aumentando a comunicação entre a APS e a AAE. **Resultados/Implicação prática:** Inicialmente, o ambulatório estava em processo de compreender o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Por meio do PlanificaSUS, o PASA utilizando-se de várias ferramentas para organizar sua base de dados e otimizar seu processo de trabalho, obteve resultados positivos na implementação das funções educacional e supervisional, com horários protegidos para os profissionais com cronograma previamente estabelecido; grupos em aplicativos de mensagens entre AAE e APS com cada município, para facilitar a comunicação entre os profissionais. Na função de pesquisa foi possível analisar os dados e desenvolver ações resolutivas auxiliando na organização dos processos de trabalhos de compartilhamento do cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** Atualmente, com a planificação, a equipe conta com ferramentas de apoio que trouxeram praticidade para desempenhar de maneira exitosa todas as funções preconizadas. E acima de tudo estreitou laços de comunicação essenciais ao bom desempenho em todas as funções da APS e AAE.

**Palavras-chave:** Atenção Especializada, Interação, Planificação.



249-1

## MATRICIAMENTO EFETIVO NO PROCESSO DE TRABALHO DA PLANIFICAÇÃO

### Autores:

Angela Maria da Cruz Cardoso<sup>1</sup>;  
Isabella Helena Pietrowiski Basso<sup>1</sup>;  
Luiza Maria Gaspar<sup>1</sup>; Cintia Marcovicz  
Visinoni<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CIS AMCESPAR - Consórcio  
Intermunicipal de Saúde da Região da  
AMCESPAR

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O ambulatório PASA organizado em MACC, realiza matriciamento *in loco* nos municípios da 4ª Região de Saúde, compartilhando o cuidado aos usuários estratificados como risco intermediário e alto risco. **Descrição e objetivos:** Desempenhar de maneira efetiva a função supervisonal direta do ambulatório PASA na busca pela resolutividade por meio da integração entre a APS e a AAE. Discutir os nós críticos desde a estratificação na APS até a efetivação do atendimento do usuário no Ambulatório PASA. Desenvolver ações conjuntas voltadas à melhoria do acesso do usuário aos serviços de saúde minimizando o absenteísmo.

**Metodologia:** Após levantamento de dados por meio de análise das planilhas de absenteísmo do Ambulatório PASA foi desenvolvido um cronograma de matriciamento *in loco* para os 9 municípios consorciados. Definiu-se o público-alvo para participação nestes momentos, envolvendo equipes da APS, setores de agendamento, coordenação da APS, equipes AAE, direção AAE e secretários municipais de saúde. Organizou-se a divisão da equipe AAE de forma a não prejudicar os atendimentos aos usuários nestes momentos e o material que seria disponibilizado.

**Resultados/Implicação prática:** O Ambulatório PASA oferece atendimento contínuo e integral aos usuários de Risco Intermediário e/ou Alto Risco dos 09 municípios da 4ª Região de Saúde do Paraná, nas 5 linhas prioritárias do Estado (Hipertensão e Diabetes, Criança, Gestante, Idoso e Saúde Mental). Com o intuito de alinhar encaminhamentos e a manutenção de alguns usuários, os quais foram estratificados como risco intermediário e alto risco a depender da linha de cuidados, foi realizado o matriciamento *in loco* nestes municípios, que teve como resultados a melhora significativa no entendimento do programa MACC e suas diretrizes por parte das equipes da APS, aumentando a eficiência no compartilhamento do cuidado dos usuários, melhorando o acesso do usuário ao serviço e a eficácia na comunicação e interação entre a APS e AAE. **Conclusão/Aprendizados:** O matriciamento *in loco* possibilita uma aproximação efetiva entre as equipes da APS e AAE, um compartilhamento de ações e eficácia de resultados e metas beneficiando diretamente o usuário por meio da melhora significativa dos processos de trabalho num novo modo de produzir saúde, num processo de construção compartilhada criando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

**Palavras-chave:** Planificação, Saúde, Qualidade.

288-1

## PLANO DE EXPANSÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA AAE EM OBSTETRÍCIA E PEDIATRIA DE ALTO RISCO NO MARANHÃO

### Autores:

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes<sup>1</sup>;  
Josélia Alves Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SES/MA - Secretaria Estadual de Saúde  
do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Estado do Maranhão em 2021 teve 108.611 nascidos vivos (MS,2022). Com base nos parâmetros (MS,2015), o número esperado de gestações de alto risco em 2022 será de 17.921. Isso impõe a necessidade de aumento no acesso à Atenção Ambulatorial Especializada - AAE de Alto Risco para a Obstetrícia e Pediatria. Considerando as dimensões territoriais inerentes ao território maranhense, no início de 2021, a Secretaria de Assistência à Saúde/SAAS decidiu ampliar o investimento nesta linha de cuidado. Para tal, utilizou a capacidade instalada já existente e previsão de novos serviços. A expansão da AAE considerou experiências exitosas colhidas com o Projeto Planificação da Atenção à Saúde – PAS (CONASS), implantado nas regiões de Caxias (2016), Timon (2017), São João dos Patos (2019) e Município de Balsas (2018). O plano prevê implantação de quatorze AAEs regionalizados com regulação realizada pela Atenção Primária/APS por meio de estratificação de risco. **Descrição e objetivos:** Estabilização clínica para redução de mortalidade materna e infantil. **Metodologia:** Na execução do plano são promovidas reuniões e capacitações envolvendo a APS e AAE, e ainda pactuações nas Comissões Intergestoras Regionais – CIRs, organização da carteira de serviços e monitoramento mensal. **Resultados/Implicação prática:** No período de 2021-2022 foram implantados três ambulatórios (Regiões de Presidente Dutra, Santa Inês e Paço do Lumiar). Atualmente, neste modelo somam-se sete ambulatórios. Em 2021, 1.741 gestantes de alto risco foram acompanhadas, isso contribuiu para a promoção do acesso e capilaridade do cuidado. Neste período (2021-2022), observou-se um crescente aumento no acompanhamento: Nas regiões de São João dos Patos 64,40% (2021) e 64,82% (janeiro a setembro/2022); Santa Inês 16,68% (setembro a dezembro/2021) e 48,70% (janeiro a setembro/2022); Presidente Dutra 33,97% (outubro a dezembro/2021) e 50,94% em (janeiro a setembro/2022); Timon 68,7% (2021) e 61,15% (janeiro a setembro/2022); Caxias 62,2% (2021) e 57,5% (janeiro a setembro/2022); Município de Paço do Lumiar 78,41% (janeiro a setembro/2022). **Conclusão/Aprendizados:** O plano de expansão é uma estratégia que impacta na redução de mortalidade materna e infantil, tendo em vista que o principal objetivo é a captação precoce das gestantes e crianças de alto risco e estabilização clínica para um desfecho favorável.

**Palavras-chave:** Saúde, Estratégia, Obstetrícia, Pediatria, Alto Risco.

288-2

## FLUXO DE CUIDADOS ÀS GESTANTES E PARTURIENTES HIV POSITIVAS E CRIANÇAS EXPOSTAS EM UM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO NA REGIÃO DE SÃO JOÃO DOS PATOS - MARANHÃO

### Autores:

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes<sup>1</sup>;  
Marllny da Silva Pereira Santos<sup>1</sup>;  
Vanessa Ferreira Lima<sup>1</sup>; Maria do  
Amparo Costa Cardozo Oliveira<sup>1</sup>;  
Sílvia Cristina Viana Silva Lima<sup>1</sup>;  
Jocelia Frazão de Matos

<sup>1</sup>SES/MA - Secretaria Estadual de Saúde  
do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O crescente número de casos de gestantes HIV positivas, as dificuldades de acesso à Terapia Antirretroviral, deficiências no transporte sanitário e outros fatores, revelaram a necessidade de organização de atendimento especializado, qualificado e seguro para as mulheres gestantes e parturientes HIV positivas e as crianças. Em 2020, com a implantação do Ambulatório Especializado Materno e Infantil da Maternidade Humberto Coutinho - AEMICH, na Região de São João dos Patos/Maranhão, com base no Modelo de Atenção a Condições Crônicas, houve a decisão da SES/MA de estabelecer um fluxo para o manejo adequado e cuidados específicos, em consonância com os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais (BRASIL, 2022). **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de implantação do fluxo de atendimento especializado para mulheres gestantes e parturientes HIV positivas e crianças expostas, no AEMICH. **Metodologia:** Um conjunto de ações foram desenvolvidas numa articulação multisetorial na SES/MA e Comissão Intergestora Regional até a implantação do fluxo de atendimento: a capacitação do farmacêutico da unidade hospitalar anexo ao ambulatório para instalação do programa Horús e do SICLOM; Inserção no sistema as(os) usuárias(os) acompanhadas(os) na AAE para recebimento dos insumos (antirretrovirais, fórmula láctea). Foram qualificados os profissionais da equipe multiprofissional, que atendem no ciclo de atenção contínua; reuniões técnicas e pactuações com os gestores para o estabelecimento de um fluxograma de atendimento especializado com manejo qualificado. **Resultados/Implicação prática:** O AEMICH tornou-se um serviço de referência e unidade dispensadora de insumos estratégicos, de acordo com as normas do MS, atendendo gestantes, puérperas com HIV e crianças expostas (essas até 12 meses recebem fórmula láctea). O estabelecimento desse fluxo de atenção proporcionou um manejo adequado e qualificado e contribuiu para o aumento da notificação dos casos. Destaca-se, ainda, a satisfação das usuárias, dos profissionais de saúde e gestores, das três esferas pela resolutividade na região de saúde. Até o momento foram acompanhadas seis gestantes e sete crianças neste serviço. **Conclusão/Aprendizados:** Para a equipe de saúde multiprofissional a certeza de um cuidado integral especializado aos portadores de HIV e doentes de AIDS, em consonância com o preconizado pelo Ministério, dentro da região de saúde no SUS.

**Palavras-chave:** Saúde, Gestantes, Crianças, HIV, Alto Risco.

307-2

## INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO ACRE: ESTRATÉGIAS TECIDAS ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

### Autores:

Francisca Luzia Guimarães Cordeiro<sup>1</sup>;  
Naiara da Costa Dias<sup>1-2</sup>; Emanuely de  
Sousa Nóbrega<sup>2</sup>; Jeanne Raquel Freire  
Albuquerque<sup>1-2</sup>; Rosilene Nunes Dias<sup>1-  
2</sup>; Graciele Menezes da Costa Farias<sup>1</sup>;  
Maria Elita Araújo de Almeida<sup>1-2</sup>;  
Luciana Oliveira Carvalho<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>AAE Tucumã - Policlínica Tucumã

<sup>2</sup>SESACRE - Secretaria de Estado de  
Saúde do Acre

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A integralidade proporciona a coordenação do cuidado centrado nas necessidades do usuário, sendo o compartilhamento do cuidado entre os pontos de atenção, uma estratégia de fortalecimento para a gestão de casos. **Descrição e objetivos:** Apresentar um relato positivo sobre a integralidade dos processos de trabalho proposto pelo Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), envolvendo a continuidade do cuidado entre os pontos de atenção, os quais não faziam parte da organização em rede entre a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Primária à Saúde (APS) no Estado do Acre. **Metodologia:** Para a efetivação das atividades de integração entre as unidades laboratoriais da APS e AAE, a equipe de tutores estaduais do AAE elaborou um plano de ação onde foram realizadas visitas nas unidades, reuniões semanais e qualificação permanente das equipes. Para superar as dificuldades encontradas na comunicação em nossa base territorial, contamos com o apoio da gestão estadual da planificação, regulação, equipe de tutores estaduais e carteira de serviços visando a reorganização necessária para atender às necessidades dos usuários de alto e muito alto risco na linha materno-infantil. **Resultados/Implicação prática:** Atualmente estamos revisando nossos caminhos e estratégias de aproximação e retomada da operacionalização na linha materno-infantil entre AAE e APS, contando com o envolvimento da gestão, tutores e protagonizando coletivamente o fortalecimento dos macroprocessos que orientam a AAE e desenvolvendo as competências estruturais e pessoais necessárias para oferecer atenção de qualidade no âmbito da saúde em rede com APS. Efetivamos a implementação do Núcleo Interno de Regulação no AAE, que possibilitou a vinculação com os municípios e a reorganização das ofertas de vagas conforme diretrizes clínicas e estratos de riscos, garantindo o acesso conforme a necessidade do usuário. **Conclusão/Aprendizados:** Com as análises estatísticas e avaliação dos indicadores de saúde, que somente com o modelo proposto pela planificação inserimos em nossa rotina de trabalho, ampliamos nosso olhar para a necessidade de atenção às crianças e gestantes de alto risco no nosso Estado e percebemos a relevância do cuidado compartilhado e integrado entre os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde.

**Palavras-chave:** Integralidade, Gestão, Redes, APS, AAE.

307-3

## A AMBIÊNCIA COMO DISPARADORA PARA MELHORIA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO PLANIFICASUS: A EXPERIÊNCIA DA POLICLÍNICA TUCUMÃ DO ESTADO DO ACRE

### Autores:

Graciele Menezes da Costa<sup>1-2</sup>; Maria Augusta Moreira de Mesquita<sup>1-2</sup>; Luciana Oliveira Carvalho<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>AAE Tucumã - Policlínica Tucumã

<sup>2</sup>SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde do Acre

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** No atendimento ao paciente existe uma grande lista de necessidade a serem atendidas - principalmente quanto à ambientação adequada para que este atendimento ocorra. Este atendimento pode até se dar em espaços inadequados. O que todo gestor almeja é poder oferecer um ambiente acolhedor aos seus pacientes e a melhor condição de trabalho aos seus colaboradores. **Descrição e objetivos:** Adequação da infraestrutura predial da AAE, visando a melhor acolhida ao público materno-infantil. **Metodologia:** A ambientação e estrutura da AAE encontravam-se frágeis para a prestação dos serviços de saúde aos pacientes na Policlínica Tucumã localizada em Rio Branco-AC. Com salas inativadas devido a infiltrações causadas por problemas no telhado, além de salas e forros danificados devido à umidade, às condições estruturais para o atendimento à comunidade eram ruins – especialmente para a acolhida e assistência de pacientes encaminhados pelos municípios acreanos à capital do Estado a partir da implantação do PlanificaSUS da linha de cuidado materno-infantil. Um dos nossos pacientes esteve em atendimento na Unidade e formalizou registro citando sua precariedade estrutural, reclamando adicional e diretamente ao gestor do poder executivo. Deste movimento, dentre outros relacionados à preocupação e sensibilidade da Gestão Estadual da Saúde com a Policlínica Tucumã, especialmente a partir dos avanços conquistados com a Planificação da Atenção à Saúde no Acre, tivemos a grata surpresa da decisão pela ampla reforma visando à melhoria estrutural da unidade. **Resultados/Implicação prática:** Nossas reivindicações foram atendidas e então a reforma aconteceu. Foi um período naturalmente difícil com a repercussão na diminuição dos atendimentos. Dos serviços realizados vale registrar a troca total do telhado bem como a pintura de toda Unidade, a ampliação da ala assistencial da Pediatria e a substituição de portas e janelas com avarias. A Unidade tem assim uma outra imagem com repercussão positiva direta na ambiência e no bem-estar dos trabalhadores que lá atuam. **Conclusão/Aprendizados:** As consequências da reforma na Unidade geraram maior senso de pertencimento dos profissionais atuantes na Policlínica gerando repercussões positivas no melhor atendimento dos pacientes.

*“Faço acompanhamento aqui com a endócrina há 2 anos, o forro estava caindo, teve uma vez que caiu um gato em cima das nossas cabeças... hoje a unidade está linda e em organizada” (Isa Souza Silva, 22 anos).*

**Palavras-chave:** Ambiência, Acolhimento, Infraestrutura.

307-4

## DA MATERNIDADE PARA A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA: RELATO DA DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO SOB A ÓTICA DO PLANIFICASUS NO ESTADO DO ACRE

### Autora:

Emanuely de Sousa Nóbrega<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SESACRE - Secretaria de Estado de  
Saúde do Acre

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Na perspectiva de fortalecer o cuidado integral e multiprofissional para gestantes de alto risco no Estado do Acre, observou-se a necessidade de descentralizar e organizar os fluxos assistenciais entre os pontos de atenção. **Descrição e objetivos:** A maternidade Bárbara Heliodora, referência estadual e porta de entrada dos serviços de obstetrícia/ginecologia do Estado do Acre, absorvia em sua estrutura, o ambulatório para gestantes de alto risco. Com a adesão da planificação pelo Estado e prioridade da organização da rede materno-infantil, iniciamos descentralização do ambulatório da maternidade para a Policlínica Tucumã, com objetivo de ofertar um atendimento integral por uma carteira de serviços, apoio diagnóstico e regulado. **Metodologia:** Com base na análise do diagnóstico situacional, realizado na adesão da planificação, observamos a fragilidade do atendimento ofertado no ambulatório da maternidade, somente 30% das gestantes de alto risco estavam tendo acesso às consultas, sendo ofertadas poucas vagas de primeira vez e as consultas subsequentes não constavam nos sistemas de regulação. Vimos que a capacidade instalada na maternidade era insuficiente para atender a proposta do Modelo de Atenção as Condições Crônicas (MACC). Logo, pactuamos a descentralização do cuidado ambulatorial da maternidade para a Policlínica Tucumã. **Resultados/Implicação prática:** Com a organização do ambulatório de alto risco para as gestantes na Policlínica Tucumã, conseguimos avaliar e monitorar a real necessidade da oferta de serviços para esse público. Estruturamos o Núcleo Interno de Regulação (NIR/SISREG), dimensionamos a carga horária da equipe de especialistas e da carteira de serviços, adquirimos insumos necessários para o atendimento, viabilizamos a integração com os pontos de atenção nas discussões dos casos e compartilhamento do cuidado, realizamos pactuações com os serviços de alta complexidade para transferência/regulação dos casos graves e intercorrências. Na parte educacional, avançamos na realização de oficinas com os municípios para avaliação e estratificação de risco, assim como a construção de fluxos e diretrizes clínicas. **Conclusão/Aprendizados:** Ainda teremos uma longa caminhada para sermos um serviço de excelência, no que tange a necessidade e especificidade ao cuidado integral às gestantes de alto risco, mas almejamos que com esse pequeno começo, porém que já nos subsidiou para grandes conquistas, possamos mudar o cenário da mortalidade infantil e materna do nosso Estado.

**Palavras-chave:** Cuidado, Gestantes, Descentralização.

310-1

## I SEMINÁRIO SOBRE MANEJO CLÍNICO DA GESTANTE NA APS: UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PARAÍBA

### Autores:

Maysa Barbosa Rodrigues Toscano<sup>1-2</sup>;  
Maria das Graças Gomes de Lima<sup>1-2</sup>;  
Aldaisa dos Santos Cotta<sup>1-2</sup>;  
Wellington Pedro de Sousa<sup>1-3</sup>; Lenildo  
Filho Dias de Moraes<sup>1-3</sup>; Rilda de  
Almeida Gomes<sup>2</sup>; Cássia de Andrade  
Araújo<sup>2</sup>; Tânia Berbert Ferreira Lima<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde de  
Mamanguape

<sup>2</sup>SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita  
Brasileira Albert Einstein

<sup>3</sup>FMS - Fundo Municipal de Saúde de  
Mamanguape

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A linha de cuidado Materno-Infantil, escolhida no processo da Planificação na 14<sup>a</sup> Região de Saúde da Paraíba, tem mobilizado esforços para organização dos processos e integração entre a APS e a AAE.

**Descrição e objetivos:** Na perspectiva da organização de macro e microprocessos, com vistas à integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada, foi realizado o I Seminário Regional de Manejo Clínico da Gestante na APS, em Mamanguape - PB. A proposta contou com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde, Residência Médica, Secretaria de Estado da Saúde e equipe do PlanificaSUS.

Relatar o processo de construção do I Seminário Regional de Manejo Clínico da Gestante na APS. **Metodologia:** A partir do monitoramento das causas de compartilhamento do pré-natal de Alto Risco entre APS-AAE na Região, identificou-se que as principais eram: Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* e Infecção do Trato Urinário. Os temas foram abordados com uso de metodologias ativas, embasadas nas diretrizes clínicas, portarias e protocolos vigentes do Ministério da Saúde e das entidades médicas de referência. A atividade ocorreu em dois dias, entre maio e junho de 2022, presencialmente, tendo como público-alvo os médicos e enfermeiros da APS dos 11 municípios da 14<sup>a</sup> RS-PB.

**Resultados/Implicação prática:** O Seminário contou com a facilitação dos preceptores da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e a participação ativa de aproximadamente 140 profissionais (incluindo gestores, preceptores, tutores e profissionais do ambulatório de alto risco e da APS). O momento qualificou a atenção ao cuidado materno quanto à identificação das gestantes de risco habitual, médio e alto risco, ao manejo adequado de cada caso, conforme o estrato de risco gestacional, à garantia do compartilhamento seguro e em tempo oportuno, à melhoria do desempenho dos profissionais na atenção e no cuidado. Há uma perspectiva positiva no sentido de que, as temáticas e metodologias aplicadas, possam refletir em mudanças significativas na assistência Pré-Natal na APS. **Conclusão/Aprendizados:** As lições aprendidas reforçam a perspectiva da integração da RAS e seus atores para as ações de educação permanente que contribuam para qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho. A metodologia adotada a partir de discussão dos casos ocorridos no território e utilização de quiz interativo, permitiu a participação ativa dos profissionais e a construção de novos caminhos de aprendizagem.

**Palavras-chave:** Planificação, Integração, Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Gestantes.

327-1

## CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO MATERNO-INFANTIL NA 14 REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

### Autores:

Railda de Almeida Gomes<sup>1-2</sup>; Tania Berbert Ferreira Lima<sup>1-2</sup>; Cassia de Andrade Araújo<sup>1-2</sup>; Janayra Araújo Bento<sup>1-2</sup>; Kamilla Helen Rodrigues Capistrano<sup>1-2</sup>; Priscilla Araújo Almeida<sup>1-2</sup>; Maria do Socorro Carvalho Pires de Sá<sup>1-2</sup>; Maria Izabel Ferreira Sarmento<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>SES/PB - Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba

<sup>2</sup>SBIBA Einstein - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Projeto de Planificação da Atenção à Saúde iniciou em 2019, na 14ª Região de Saúde do Estado da Paraíba que é constituída por 11 municípios, e se propõe a organizar os macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde (APS) integrada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). No segundo semestre de 2019, foi instituído o Convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES-PB) e o município de Mamanguape-PB para a implementação do Pré-natal de Alto Risco no Ambulatório Regional de Especialidades de Mamanguape (AME), sob a lógica do Modelo de Atenção às Condições Crônicas–MACC. No ano de 2021, iniciou-se a construção do instrumento de estratificação de risco da gestante e em 2022 da criança, de 0 a 5 anos. **Descrição e objetivos:** Relatar a construção dos instrumentos de estratificação de risco da gestante e da criança na 14ª Região de Saúde do Estado da Paraíba. **Metodologia:** A construção foi realizada de forma coletiva com a participação da equipe do AME, com a Rede Cuidar e as áreas técnicas e gerências executivas da SES-PB, em reuniões presenciais e virtuais. Os documentos norteadores foram: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI:2 meses a 5 anos (2017), Notas Técnicas da Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério (2019) e da Saúde da Criança (2021), disponibilizadas pela Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein - SBIBAE e Ministério da Saúde - MS. **Resultados/Implicação prática:** Com o instrumento de estratificação de risco da gestante construído, foi possível realizar a qualificação dos profissionais da APS da 14ª Região, organizando o fluxo das gestantes de alto e muito alto risco para o atendimento no AME dos 11 municípios. As qualificações foram realizadas presencialmente em cada município, com a participação ativa da equipe do AME. Além dos resultados para a 14ª Região, foram realizados treinamentos com as demais Regiões de Saúde da Paraíba, com foco na APS, além de ter sido instrumento norteador para as diretrizes dos processos de regulação Estadual dos leitos materno-infantis. Outro passo adiante no processo foi a integração vertical. **Conclusão/Aprendizados:** Perpassam aspectos de acesso à saúde, melhoria de fluxos e regulação, qualificação do pré-natal, resgate da dimensão multiprofissional do cuidado, inclusão do nível hospitalar na organização dos processos e asseguram a vinculação da maternidade de referência às gestantes. Esse processo também será referência para a implementação da estratificação de risco da criança que está em andamento.

**Palavras-chave:** Estratificação, Alto Risco, Materno-Infantil, Construção Instrumento.



327-3

## IMPLEMENTAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MODELO PASA NO AMBULATÓRIO REGIONALIZADO DE ESPECIALIDADES DE MAMANGUAPE NA 14ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

### Autores:

Railda de Almeida Gomes<sup>1-2</sup>; Janayra Araújo Bento<sup>1-2</sup>; Khallijah Farias Montenegro<sup>1-2</sup>; Maria Jose Silva<sup>1-2</sup>; Aldáisa dos Santos Cotta<sup>1-2</sup>; Silvania Moreira de Melo<sup>1-2</sup>; Tania Berbert Ferreira Lima<sup>1-2</sup>; Cassia de Andrade Araújo<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>SES/PB - Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

<sup>2</sup>SBIBA Einstein - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A implementação do Modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) representou uma mudança de paradigmas no cuidado da linha materno-infantil da 14ª Região de Saúde da Paraíba. Anterior ao PlanificaSUS, a Atenção Ambulatorial Especializada - AAE adotava o Modelo Silos com consultas especializadas individualizadas, dissociadas dos exames e procedimentos, ocasionando múltiplos agendamentos, fragmentação do cuidado, retenção da gestante e baixa vinculação com a Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2018, a Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba e o município de Mamanguape instituíram um Convênio com vistas à implementação do serviço a nível regional, que passou a se chamar Ambulatório Regional de Especialidades de Mamanguape (AME). Nesse sentido, desde 2019, o PlanificaSUS vem fortalecendo papel da APS e AAE na organização da Rede de Atenção à Saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar a implementação do pré-natal de alto risco na AAE na 14ª Região de Saúde da Paraíba. **Metodologia:** A partir do diagnóstico situacional realizado na AAE, verificou-se a necessidade de implantar os critérios da Estratificação de Risco da gestante na APS. Para tanto, a equipe do convênio desenvolveu encontros de Educação Permanente, *in loco*, com profissionais da Atenção dos 11 municípios da 14ª Região. Utilizou-se como instrumento a ficha de estratificação de risco elaborada e validada em Comissão Intergestora Bipartite (CIB). **Resultados/Implicação prática:** Observou-se avanços que perpassam desde o papel educacional da AAE junto à APS como no perfil das gestantes compartilhadas pela APS, com predomínio de gestantes de alto risco, preconizado pelo Modelo PASA. Com isso, os processos assistenciais, como: agendamento, solicitação de exames, garantia das ultrassonografias, acesso às interconsultas, vinculação à maternidade de referência, conforme o risco, e a revisão dos fluxos de urgências obstétricas e interrupção segura do parto, foram repactuados e validados em Comissão Intergestora Regional. As gestantes assistidas relataram satisfação e segurança por receberem assistência adequada e qualificada no território. A integração entre APS-AAE tem gerado impactos positivos, sobretudo, na redução da mortalidade materna em 71%, entre janeiro de 2021 e setembro de 2022. **Conclusão/Aprendizados:** Os aprendizados estruturaram a organização da função educacional da AAE na perspectiva da integração entre APS-AAE, conforme previsto pelo modelo PASA e com a comunicação efetiva e qualificada de atividades de educação permanente; o olhar para o cuidado interdisciplinar e o fortalecimento da APS.

**Palavras-chave:** Pré-Natal, Alto Risco, Modelo Pasa, Cuidados com as Gestantes, Gestantes de Alto Risco.

342-1

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA POPULAÇÃO IDOSA DE IRATI- PR COMO INSTRUMENTO DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO

### Autores:

Mariana Machado dos Santos  
Pereira<sup>1</sup>; Eliane Marcia Veloso<sup>1</sup>;  
Guilherme Shimocomaqui<sup>1</sup>; Emalline  
Angélica de Paula Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Desde a adesão da região de Irati à metodologia da PAS, os processos vêm sendo reorganizados. Dentre estes, destaca-se a estratificação de risco dos idosos como um diferencial no manejo e integração da RAS.

**Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da utilização da estratificação de risco dos idosos como ferramenta de cuidado na organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, e no conhecimento das necessidades das subpopulações em Unidades Básicas de Saúde na região de Irati (Paraná). **Metodologia:** A implantação da PAS na região aconteceu primeiro nas unidades laboratório dos 9 municípios da região de Irati, adotando-se a linha de cuidado do idoso como prioritária na RAS. Nessas unidades foram desenvolvidos: territorialização; cadastro; identificação dos usuários com condições crônicas; estratificação do risco singular dessas pessoas, priorizando a subpopulação de idosos por meio do instrumento IVCF-20, que permite identificar o motivo da fragilidade do idoso. A estratificação de risco desses usuários acontece por meio de consulta ou visitas domiciliares dos profissionais da equipe. **Resultados/Implicação prática:** As estratificações dos idosos garantiram um sucesso no manejo dessa condição. Atualmente 84% dessa subpopulação tem seu risco estratificado, sendo que 59% são idosos robustos 20% estão em risco de fragilização e 21% são idosos frágeis. A identificação dos estratos de risco permitiu o manejo de acordo com as necessidades, de modo que idosos robustos e em risco de fragilização têm suas demandas resolvidas na APS; enquanto os idosos frágeis têm o agendamento das consultas na AAE com garantia de continuidade do cuidado na APS. Hoje, praticamente não existe filas para atendimento desses idosos no AAE e a APS já consegue resolver a maior parte da demanda dessa população, em virtude da função educacional que essa integração do cuidado entre a RAS propicia. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação da PAS e estratificação dos idosos na região de Irati permitiram uma mudança nos processos de trabalho na APS, garantindo sua atuação de coordenação do cuidado na RAS. Possibilitou ainda o desenvolvimento de ações voltadas a esta população, como agendamento de consultas periódicas. Tais resultados demonstram fortalecimento da APS, contribuindo para a integralidade do cuidado na RAS.

**Palavras-chave:** Idosos, Estratificação, Condições Crônicas, Ferramenta, Cuidado.

343-1

## REGISTROS EM PORTFÓLIO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA NA GESTÃO DO CUIDADO: EXPERIÊNCIA DO PLANIFICASUS EM UM AMBULATÓRIO PASA DO PARANÁ

### Autores:

Patrícia Padilha Sobutka<sup>1</sup>; Juliana Trinkaus Menon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>4ª Regional de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Na 4ª Região de Saúde, o PlanificaSUS vem sendo executado em etapas, com atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, despertando o interesse em registrar o processo de mudança em portfólio. **Descrição e objetivos:** A 4ª Região de Saúde compreende 09 municípios, em torno de 180 mil habitantes, em 2019 iniciou o processo de Planificação na Atenção à Saúde. Os atendimentos no ambulatório estão organizados de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, e todas as ações de mudança nos processos de trabalho estão sendo registradas. Elaborar o portfólio como estratégia na gestão do cuidado, por meio de registro das ações desenvolvidas durante o processo da Planificação no ambulatório PASA. **Metodologia:** Os registros estão sendo efetuados por meio de vídeos, fotos, textos e áudios, o portfólio trata-se da descrição minuciosa do processo de mudança no *modus operandi* que o PlanificaSUS trouxe ao Ambulatório. Elucidamos no portfólio as dimensões como: prevenir, cuidar, tratar, recuperar, enfim, produzir cuidado em saúde na Atenção Especializada. Muitos são os desafios para enfrentar, mas quando estamos envolvidos na defesa da vida, garantindo o direito à saúde com qualidade, humanização e equidade, vemos que vale apenas cada registro feito, consolidando o trabalho realizado e ampliar as conquistas. **Resultados/Implicação prática:** O registro em portfólio é uma estratégia que permite a avaliação das ações implantadas, possibilitando o acompanhamento da construção do conhecimento coletivo e mudança nos processos de trabalho agregando valores à equipe. O PlanificaSUS no ambulatório evidenciou esta necessidade de incentivar os profissionais a descreverem esta mudança que está ocorrendo na AAE. Neste percurso de descrição no portfólio, observamos os avanços, indicadores, fortalecimento e empoderamento da equipe para realizar os atendimentos e fomentar o compartilhamento do conhecimento entre profissionais, bem como evidenciou as oportunidades de melhorias à gestão. Elaborar portfólio descrevendo o processo do PlanificaSUS é trazer luz para a jornada da equipe, e para gestão é uma ferramenta estratégica na gestão do cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** Com este portfólio observamos a potencialidade que o ambulatório tem, evidenciando como podemos fortalecer e engajar os profissionais a registrar suas experiências. Os processos da Planificação não terminaram, buscamos construir uma RAS efetiva, eficiente e eficaz com os registros do processo que está acontecendo, tornando-se assim, instrumento de gestão a ser incorporado nas práticas de saúde.

**Palavras-chave:** Gestão do Cuidado, Portfólio da Planificação, AAE.

343-2

## PROTOCOLO DE ACESSO: CONSTRUÇÃO DE UM DISPOSITIVO PARA ESTABELECEER A COMUNICAÇÃO ASSERTIVA E O COMPARTILHAMENTO DOS FLUXOS PACTUADOS NUM AMBULATÓRIO PASA

### Autores:

Patrícia Padilha Sobutka<sup>1</sup>; Juliana Trinkaus Menon<sup>1</sup>

<sup>1</sup>4ª Regional de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O ambulatório é um importante ponto de atenção focado no cuidado multiprofissional e interdisciplinar, com fluxos de encaminhamentos entre APS e AAE pactuados e resolutivos na 4ª Região de Saúde.

**Descrição e objetivos:** O ambulatório é um sistema fechado, com acesso regulado diretamente pela APS, porém na 4ª Região de Saúde, a regulação do acesso é feita por uma Central de Marcação de Consultas de cada município e para que todos estes profissionais tenham uma comunicação assertiva e o usuário possa “navegar” pelo sistema corretamente, tornou-se necessário estabelecer o protocolo de acesso para garantir o fluxo de encaminhamento do usuário certo, no momento certo, ao local certo. **Metodologia:** A construção do protocolo de acesso está ocorrendo de forma coletiva e gradual, iniciamos pelo estudo do território, planilhando os serviços que possuímos para apoio diagnóstico, elencamos os pontos de apoio que temos nos níveis primários, secundários e terciários, bem como a parte de logísticas, distâncias para se chegar aos pontos de apoio. Após reuniões, otimização nas oficinas tutoriais, elaborou-se um questionário com 10 perguntas direcionadas às particularidades de cada município, sendo respondidas pelas centrais de agendamentos de cada Secretaria Municipal de Saúde. **Resultados/Implicação prática:** A Planificação na 4ª Região de Saúde propiciou momentos ricos de discussões entre as equipes e serviços, buscando a operacionalização da RAS, a qual apresenta potencialidades e fragilidades, oportunizando melhorias, desta forma, o protocolo de acesso está fazendo a “ponte” na comunicação entre a Unidade Básica de Saúde e o Ambulatório, eliminando as barreiras que dificultam o acesso dos usuários ao serviço. O protocolo serve para que haja aproximação e conhecimento das competências, visando criar uma cultura de que o acesso à AAE seja determinado por meio da estratificação de risco coordenada pela APS, responsável pelo acompanhamento de seus usuários. O compartilhamento é realizado entre as equipes, por meio da junção de documentos num formulário único com todos os dados necessários. **Conclusão/Aprendizados:** Com a implantação do protocolo, a comunicação, a responsabilização pelo cuidado e organização dos fluxos na AAE está efetivando a reestruturação na RAS, e constatando o importante papel que o ambulatório tem. O protocolo apresenta potencial para replicação em todas as linhas de cuidado do ambulatório e, assim, ofertar a qualificação, operacionalização e avaliação dos atendimentos da população.

**Palavras-chave:** Comunicação, Compartilhamento, Fluxos Pactuados.

356-1

## “TEM VÁRIOS ENTRAVES NESSE MEIO”: DESAFIOS DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE (PAS), VIA PLANIFICASUS, NA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

### Autores:

Emalline Angélica de Paula Santos<sup>1</sup>;  
Gustavo Zambenedetti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNICENTRO - Universidade Estadual do Centro-Oeste

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A PAS caracteriza-se como uma estratégia de EPS, cuja finalidade é a consolidação da RAS no SUS. Estudos destas experiências tornam-se necessários visando o aprimoramento da metodologia. **Descrição e objetivos:** Em 2018, visando ampliar o uso da metodologia, a SBIBAE, em parceria com o CONASS e o MS executou, via PROADISUS, o Projeto “PlanificaSUS: A organização da AAE em rede com a APS” em 27 regiões de saúde de 21 estados. O Paraná aderiu ao projeto e escolheu a 4ª Região de Saúde (9 municípios) e a Linha de Cuidados da Saúde da Pessoa Idosa como prioritária. O estudo teve como objetivo compreender os desafios envolvidos na implementação da PAS, via PlanificaSUS, na 4ª Região de Saúde do Paraná. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sob perspectiva da Análise Institucional. Foram realizadas entrevistas com 14 tutoras e 4 gestores (APS, AAE, regional e estadual) no triênio 2018-2020. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO, Campus Irati, sob parecer nº 4.014.354. A análise dos dados ocorreu mediante leitura das transcrições das entrevistas, permitindo a emergência de analisadores, por meio das falas recorrentes ou fatos relevantes identificados no campo de pesquisa e colocados em diálogo com a literatura. **Resultados/Implicação prática:** Dentre os principais desafios apontados pelos participantes destacou-se: a pandemia de COVID-19 (“veio a pandemia e quebrou as nossas pernas” – Tutora 7); problemas de financiamento, qualificação profissional e rotatividade das equipes (“trocou praticamente 100% da equipe, o médico trocou 3 vezes, a enfermeira e técnica de enfermagem também” – Tutora 6); prazos e cronogramas (“é igual trocar o pneu com o carro andando” – Gestor 1); falta de apoio da gestão (“ficou muito nas costas do tutor” – Tutora 1); o processo de expansão (“não adianta só expandir por expandir, tem que ser algo bem estruturado” – Tutora 14); materiais e ferramentas da AAE (“a parte da especializada, às vezes, é deixada de lado” – Tutora 11). **Conclusão/Aprendizados:** O PlanificaSUS tem potencialidades, mas evidencia desafios considerados estruturais do SUS (rotatividade de equipes, desafios de gestão e desfinanciamento), os quais interferem no desenvolvimento do processo. É necessário identificar e rever esses desafios para buscar o aprimoramento constante da metodologia e uma melhor efetivação das estratégias de EPS no SUS, incluindo a PAS, via PlanificaSUS.

**Palavras-chave:** EPS, PAS, PlanificaSUS, Paraná.



357-2

## PLANIFICASUS PROMOVEDO A REESTRUTURAÇÃO DA APS

### Autora:

Silvane do Carmo Gavronski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>APS - Atenção Primária em Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Em 2019 iniciamos o processo de planificação em saúde, por meio do projeto apresentado pelo Hospital Albert Einstein e 4 RS, com a finalidade de qualificar e organizar os serviços prestados à população.

**Descrição e objetivos:** O 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.

**Metodologia:** Iniciamos o projeto sem muitas expectativas, por ser algo novo, querendo promover a qualificação da unidade, e propor aos usuários uma saúde diferenciada e com facilidade de acesso. Fomos organizando os processos, avançando as fases e executando as objetividades do projeto: estratificar as gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, saúde mental, crianças, hiperutilizadores, seguindo protocolos e as linhas guias, elaborar uma agenda com horário preservado para atender as condições crônicas e dar acesso às condições agudas, podendo ofertar a todos um cuidado individualizado e qualificado.

**Resultados/Implicação prática:** Fomos adequando as etapas, direcionando as demandas e hoje temos uma equipe altamente qualificada e modelo de organização. As gestantes são captadas precocemente, estratificadas e atendidas conforme a linha guia e seus parceiros. As crianças são estratificadas e acompanhadas até os dois anos. Os hipertensos e diabéticos são estratificados e acompanhados. Todos os usuários estratificados como frágeis são encaminhados para atendimento pelo MACC, sendo compartilhado com a ESF, com plano de cuidados individualizados e compartilhado entre o paciente, a ESF e o MACC. A agenda é preservada, por bloco de horas, e é compartilhada entre médico e enfermeiro. As consultas são confirmadas por WhatsApp 24 horas antes do atendimento. A reunião de equipe é preservada na agenda mensalmente.

**Conclusão/Aprendizados:** Os resultados foram extraordinários, a qualidade e a organização levaram a gestão a aderir a extensão para as outras ESFs, pois todos merecem ter uma saúde de qualidade, acesso facilitado, seguindo os princípios da equidade, universalidade e integralidade. Nossos indicadores do Previne Brasil que iniciaram no 1º Q de 2021 com o ISF de 6,41, hoje no 2º Q de 2022 apresenta-se com ISF 9,87.

**Palavras-chave:** PlanificaSUS, Reestruturação, APS, Qualidade, Resultados.

359-2

## A PROMOÇÃO DO PROTAGONISMO DOS PROFISSIONAIS DE DIFERENTES PONTOS DA REDE POR MEIO DE OFICINAS PARA A CONSTRUÇÃO DO ESCALONAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

### Autores:

Amanda Menon Pelissoni<sup>1</sup>; Vinicius Ramalho de Oliveira<sup>1</sup>; Livia Lage Wagner<sup>1</sup>; Simone Gomes de Lima dos Anjos<sup>1</sup>; Marina Chansky Cohen<sup>1</sup>; Joana Moscoso Teixeira de Mendonça

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Considerando a importância e os desafios da integração entre APS, AAE e RUE para maior resolubilidade no cuidado em Saúde Mental (SM), foi proposto o desenvolvimento de uma matriz de competências como estratégia. O Comitê de Saúde Mental da Diretoria de APS e Redes do IIRS construiu uma Matriz de Competências da Rede por meio de oficinas com a participação de profissionais da assistência, gestão e apoio técnico institucional com o objetivo de descrever as **Descrição e objetivos:** atribuições e competências de cada ponto da Rede de Atenção à Saúde. A matriz se configura como um instrumento de acesso rápido, atualizado e que norteia as condutas de encaminhamento e cuidado compartilhado em SM dos profissionais das UBSs, AMAs e CAPSs. **Metodologia:** A construção se deu a partir das seguintes etapas: mapeamento da rede de serviços, planejamento e realização de três oficinas com os profissionais representantes da APS, AAE e RUE. Utilizaram-se perguntas disparadoras (De quais condições de SM você cuida? Quais são os recursos de cuidado? Qual a condição prioritária do seu serviço para desenhar uma linha de cuidado?), a partir das quais o grupo discutiu suas responsabilidades e limites. Os facilitadores registraram as discussões em uma planilha que foi sistematizada em linguagem padronizada para posterior construção de um infográfico interativo. **Resultados/Implicação prática:** Diretrizes comuns para o cuidado em rede são fundamentais para oportunizar sua capacidade resolutive e custo-efetividade. As oficinas proporcionaram trocas entre os profissionais dos serviços, o estabelecimento de vínculos entre eles, maior clareza dos seus papéis e reflexão crítica sobre os processos de trabalho. Com a sistematização do material produzido, espera-se que os profissionais tenham um guia acessível que favoreça a resolução para as condições de SM em tempo oportuno, no nível de tecnologia da rede adequado, gerando maior acesso e integração. O primeiro infográfico interativo disponibilizado para a rede foi o de comportamento suicida, condição considerada prioritária. **Conclusão/Aprendizados:** A construção da ferramenta envolvendo os profissionais da assistência favorece sua capilarização e sua utilização. No entanto, sua manutenção como uma ferramenta orgânica para a prática é um desafio, pois requer monitoramento, avaliação de seu uso e mensuração da geração de valor para os usuários e profissionais. Uma proposta para esta avaliação seria mensurar se houve diminuição de encaminhamentos inadequados entre a rede.

**Palavras-chave:** Escalonamento do Cuidado, Saúde Mental, Rede.



387-1

## FORTALECIMENTO DO MACROPROCESSO EDUCACIONAL COMO GERADOR DE VALOR PARA A PLANIFICAÇÃO NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO TUCUMÃ NO BAIXO ACRE: EXPERIÊNCIAS VIVIDAS NA TUTORIA

### Autores:

Francisca Luzia Guimarães Cordeiro<sup>1</sup>;  
Naiara da Costa Dias<sup>1</sup>; Emanuely  
de Sousa Nóbrega<sup>1</sup>; Vilmar Canigia  
da Rocha Bandeira<sup>1</sup>; Jeanne Raquel  
Freire<sup>1</sup>; Raquel Freire Albuquerque<sup>1</sup>

<sup>1</sup>TUCUMÃ - Ambulatório de Atenção  
Especializada- Tucumã

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Experiências da Unidade AAE Tucumã com ênfase ao Macroprocesso Educacional, como ferramenta qualitativa junto aos profissionais e usuários do SUS no Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

**Descrição e objetivos:** A metodologia do PlanificaSUS proposta para a Policlínica Tucumã, organizada na linha Atenção Materno Infantil, envolve quatro macroprocessos todos desenvolvidos por uma equipe multiprofissional que compõe a carteira de serviços: assistencial, supervisional, operacional e educacional. Educacional é foco deste estudo, pois observou-se que a metodologia apresentada veio fortalecer as Práticas de Educação Permanente em Saúde, numa visão ampliada de organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Metodologia:** O fortalecimento da tutoria em serviço na Atenção Especializada relativa à função educacional apresenta uma sequência de atividades que norteiam de forma muito positiva a condução junto às equipes, com subsídios previamente planejados e a possibilidade de serem customizados à realidade local, tornando flexível sua operacionalização. Há um ano efetivamente estamos no processo do PlanificaSUS, pois as atividades haviam sido interrompidas pela pandemia de COVID-19. Cinco tutores de serviço revezaram-se nas ações de etapas anteriores de serviço na Atenção Ambulatorial Especializada. **Resultados/Implicação prática:** O resultado desse envolvimento é integração e comunicação entre APS e AAE, no qual há um alinhamento teórico-conceitual envolvendo: profissionais e gestão, o giro na unidade para mapear as necessidades de melhoria na ambiência e na organização do serviço. Não tínhamos uma compreensão da nossa identidade como unidade de saúde. Mas com agenda de reuniões semanais e envolvimento dos tutores, carteira de serviço, gestão do ambulatório e Referências da Sesacre, avançamos para horário protegido de estudo na linha de cuidado materno-infantil, bem como realizamos oficina de estratificação de risco com as unidades da Atenção Primária à Saúde e construção do plano de cuidado interdisciplinar e interprofissional da criança de alto risco atendida no Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Conclusão/Aprendizados:** A partir da experiência que estamos vivenciando no Ambulatório de Alto Risco Materno-infantil, o fortalecimento do Macroprocesso Educacional utilizando a estratégia PASA, percebemos a necessidade de atualização permanente de toda equipe de saúde para novos desafios que estão postos para a consolidação do PlanificaSUS, a cada identificação de nós críticos estaremos prontos para novas aprendizagens.

**Palavras-chave:** Ambulatório, Macroprocesso Educacional, PlanificaSUS, Tutores.

413-1

## PLANIFICASUS: UM ENFOQUE NO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL NA USF RONALDO ARAGÃO, NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO – RO

### Autores:

Geortania Santos<sup>1</sup>; Francisco Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF RA - Unidade de Saúde da Família Ronaldo Aragão /SEMUSA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Buscando desenvolver o planejamento e a organização do processo de trabalho, foi proposta a realização do PlanificaSUS, buscando a integração dos serviços por meio do compartilhamento de condutas.

**Descrição e objetivos:** Integrar a Atenção Primária em Saúde e a Atenção Especializada, buscando a redução da taxa de mortalidade materno-infantil. Facilitar a comunicação entre as equipes da APS e AAE, por meio do compartilhamento do cuidado. Garantir a atenção contínua e integrada do cuidado de gestantes e crianças. Fortalecer a assistência da atenção à saúde, proporcionando o aprimoramento do cuidado compartilhado. Selecionar os encaminhamentos por meio da estratificação de risco individual. **Metodologia:** Trata-se da implantação do modelo de atenção à saúde de gestantes e crianças menores de dois anos, como instrumento indispensável para a organização do cuidado. Implantado pelo instrumento de gestão: Planificação da Atenção à Saúde, iniciada no município em 2019, com quatro unidades laboratório. Foram criadas algumas ferramentas para operacionalizar a organização dos serviços: cadastramento, mapa de pessoal, estratificação de risco dos usuários em baixo, médio e alto risco, compartilhamento do cuidado, agenda compartilhada, monitoramento da agenda e o plano de cuidado compartilhado. **Resultados/Implicação prática:** A implantação do processo demonstra uma melhor organização e integração da rede de atenção para a linha de cuidado de gestantes e crianças menores de dois anos, além de uma mudança positiva no fluxo dos serviços, que não depende do sistema de regulação, proporcionando melhor agilidade na gestão do cuidado, para que o usuário seja assistido integralmente. Foram compartilhados por meio da estratificação de risco do grupo priorizado, 19% das gestantes e 16% das crianças, por um acesso que não é livre, devendo todos os usuários serem referenciados pelas equipes de saúde de acordo com os critérios e pactuações definidos. Entretanto, o usuário encaminhado não perde seu vínculo com a sua equipe de referência da USF e é simultaneamente assistido pelas duas equipes de saúde. **Conclusão/Aprendizados:** A integração entre APS e AAE permite a identificação de usuários com alto risco de serviços especializados e até hospitalares, evidenciando estratégias para melhorar o uso dos recursos e reduzir os custos da atenção, além de dar mais ênfase à gestão de caso, incentivando a utilização de tecnologia da informação; atrelado aos indicadores de saúde, reflete no índice de mortalidade infantil.

**Palavras-chave:** Compartilhamento, Cuidado, Criança, Gestante.



428-1

## A INTEGRAÇÃO ENTRE GESTORES DE SERVIÇOS MUNICIPAIS DA CIDADE DE UBERLÂNDIA (MG) – ATENÇÃO PRIMÁRIA E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM OLHAR PARA A UNICIDADE

### Autores:

Sheylla Bezerra Aguiar<sup>1</sup>; Ana Rita de Faria<sup>1</sup>; Daniela Coelho Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SPDM Afiliadas - UAI Uberlândia  
- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - Instituição Afiliadas - Unidades de Atendimento Integrado do Município de Uberlândia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Uberlândia (MG) é a cidade mais populosa do Triângulo Mineiro, com mais de 700.000 habitantes. Possui cobertura de 96,35% de atenção básica e foi reconhecida, em 2022, como a melhor Atenção Primária à Saúde (APS) do país, em municípios com mais de 500 mil habitantes. A Rede Municipal de Saúde é composta também por serviços de urgência e emergência - Unidades de Atendimento Integrado (UAI) -, com recursos humanos e materiais necessários para o primeiro atendimento em várias especialidades médicas. Em junho/18, por meio de Contrato de Gestão, a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) assumiu a gestão de mais de 60 serviços municipais de saúde e em 2022, pela reorganização interna de gestores e responsabilidades, as unidades de APS e de UAI passaram a ser gerenciadas pela mesma Diretoria. Com o novo cenário, implementaram-se ações de integração real entre serviços e grupos de trabalho de cada local, pois o olhar gestor foi ampliado para além do trabalho, voltando-se para a integração das pessoas. **Descrição e objetivos:** Integrar unidades de APS e de UAI que compõem a rede de saúde local desenvolvendo com os gestores unicidade. **Metodologia:** Reuniões de alinhamento estratégico com lideranças táticas e operacionais das unidades de saúde. Reuniões mensais por setor sanitário, com gestores das unidades. Viabilização de meios de comunicação rápida entre a alta gestão dos serviços - grupos de e-mail e de mensagens instantâneas e comuns à APS e UAI. Apresentação *in loco* da prática e do ambiente das unidades componentes da Rede, aos gestores das demais unidades. **Resultados/Implicação prática:** Satisfação profissional a partir da percepção de pertencimento a um grupo de trabalho abrangente e apoiado. Padronização e coesão dos processos laborais. Compreensão e clareza sobre as especificidades de cada serviço, suas limitações e potencialidades favorecendo a objetividade, a assertividade e a agilidade das articulações. Resolutividade no percurso do usuário pela Rede, facilitada pela comunicação direta entre os profissionais. (Re)conhecimento e proximidade entre os pares. **Conclusão/Aprendizados:** Para iniciar a construção de uma rede verdadeiramente integrada foi fundamental integrar, primeiramente e principalmente, as pessoas que a tecem, entre si e com a própria rede.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Integração dos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde de Emergência.



434-1

## O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO NA RAS BASEADO NA METODOLOGIA DO PLANIFICASUS/PA

### Autora:

Luiza Emmanuelle Saraiva de Araújo<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>UNIFAMAZ - Centro Universitário  
Metropolitano da Amazônia,

<sup>2</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de  
Salinópolis

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A planificação da atenção à saúde tem por objetivo apoiar as secretarias municipais de saúde, a respeito dos macroprocessos da atenção primária e especializada com foco nas necessidades do usuário. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de realização da 1ª oficina de comunicação em rede que teve por objetivo fortalecer vínculos para construir o compartilhamento do cuidado entre a rede de atenção ao usuário, por meio de discussão da forma que operam os setores atuantes no município de Salinópolis/PA. **Metodologia:** No dia trinta e um de março de 2022, ocorreu na unidade de saúde do Guarani a oficina de monitoramento da Etapa 5.2 do projeto PlanificaSUS. Esta etapa tem por temática “A integração e comunicação da atenção primária e atenção especializada”. A oficina seguiu um roteiro para sua realização. Ocorreu em forma de roda de conversa entre equipe e representantes da secretaria municipal de saúde, regulação, atenção básica e assistente social, Caps, CREAS e CRAS na discussão de suas responsabilidades sobre o cuidado compartilhado no público materno-infantil. **Resultados/Implicação prática:** Como resultados, podemos citar o fortalecimento do cuidado compartilhado para o público materno-infantil, que foi escolhido por ser tema da planificação da atenção básica na região Rio Caetés, assim como, corresponde a eixos dos indicadores do Previner Brasil e pela proposta do pacto pela redução da mortalidade materno-infantil no estado. Percebeu-se que o cuidado compartilhado em rede de atenção contribuiu para apresentar informações confiáveis e sinérgicas, produzindo qualidade e resolutividade no atendimento desses usuários, já que evita procedimentos repetitivos ou escassez de informações dos usuários identificados pelos profissionais, visto que, cada setor da rede colabora de forma específica para necessidade de cada indivíduo. **Conclusão/Aprendizados:** A integração da rede de atenção à saúde proposta pela Etapa 5 do projeto PlanificaSUS, destacou-se como um divisor de águas para todos os participantes, principalmente os ACs. Sendo um momento enriquecedor pelo entendimento do papel de cada componente da rede de atenção, o que produziu mudança de comportamento na equipe de forma positiva, agregando no atendimento do usuário.

**Palavras-chave:** PlanificaSUS, Compartilhamento, Cuidado.



440-1

## OFICINA DE CAPACITAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DO ÍNDICE TORNOZELO BRAQUIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Viviane Derhon<sup>1</sup>; Caroline Souza Prates<sup>1</sup>; Jackeline da Rocha Vasques<sup>2</sup>; Priscila Rodrigues Rabelo Lopes<sup>1</sup>; Eliane Regina da Veiga Chomatas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HRSM - Hospital Regional de Santa Maria

<sup>2</sup>UFPR - Universidade Federal do Paraná

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Sob a perspectiva de Redes de Atenção à Saúde, a atenção integral ao usuário perpassa o atendimento, sendo crucial o desenvolvimento do apoio educacional, institucional e pesquisa para fortalecer e integrar os serviços. **Descrição e objetivos:** O ambulatório no modelo Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA) é um ponto de atenção da estrutura operacional da RAS, estratégico para o fortalecimento da APS, por meio da função educacional e institucional. O objetivo desse estudo é descrever a experiência de matriciamento do ambulatório na realização de oficinas de capacitação sobre o método ITB, para rastreio oportuno e eficaz da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) na APS como estratégia para redução de amputações em diabéticos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul. A capacitação do método ITB se deu por meio de oficinas com conteúdo teórico e prático, que aconteceu em dois momentos, entre janeiro e fevereiro/2022, totalizando oito horas de duração, foram facilitadas pelos fisioterapeutas e médico vascular do ambulatório PASA e o público-alvo era enfermeiros da APS, recrutados pela coordenação da APS municipal. Os profissionais formados foram certificados e firmado canal para comunicação e apoio institucional. **Resultados/Implicação prática:** Ao final das oficinas formativas, 20 enfermeiros da APS estavam aptos para a realização da avaliação do ITB. Além disso, o município de Santa Maria equipou todas as Unidades Básicas de Saúde, com equipamentos de doppler manual para a realização do ITB e equipamentos para avaliação da sensibilidade do pé diabético. Atualmente, a equipe matricial do ambulatório monitora as necessidades de melhoria para apoio em novas ações técnico-pedagógicas e retaguarda assistencial no município e objetiva expandir as oficinas do método ITB para os 33 municípios da macrorregião Centro do RS, regiões de abrangência do ambulatório. Além disso, os casos identificados com alterações no ITB são compartilhados com o ambulatório para complementar a propedêutica por equipe multiprofissional. **Conclusão/Aprendizados:** Observou-se que o matriciamento do ambulatório para as equipes da APS, por meio das oficinas do ITB, é uma estratégia eficaz para a redução de complicações relacionadas ao pé diabético e risco cardiovascular, tratando-se de uma alternativa acessível, de baixo custo e fácil aplicação, além de contribuir para uma APS robusta, ordenadora da rede e melhorar a integração entre os serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Índice Tornozelo Braquial, Diabetes *Mellitus*, Capacitação.



443-1

## AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REDE MATERNO-INFANTIL EM ITABAIANA/SE: DA CONSTRUÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA À EXECUÇÃO PLENA DE SEUS MACROPROCESSOS

### Autores:

Adriana Maria Figuerêdo Batista<sup>1</sup>;  
José Santos<sup>1</sup>; Milena Santos<sup>1</sup>; Sandra  
Lapa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O município de Itabaiana/SE recebeu o primeiro triênio da planificação à saúde em junho/2019, para a linha de cuidado materno-infantil sem a existência de estrutura física e equipe para atendimento.

**Descrição e objetivos:** Inicialmente, o ambulatório funcionaria anexo ao hospital regional localizado no município, porém diante dos obstáculos para efetivação nesse espaço, em outubro/2019 pactuou-se mudança para anexo da UL da APS com liberação para reforma e ampliação em fevereiro/2020 com financiamento próprio. O objetivo principal foi efetivar o cuidado integrado entre APS e AAE de gestantes e crianças de alto e muito alto risco cadastradas e acompanhadas por todas as ESF de Itabaiana/SE em ambulatório municipal. **Metodologia:** Em janeiro/2020, a secretária municipal na ocasião fez visita ao ambulatório de Caxias (MA), a fim de coletar experiências exitosas de sua implementação. Durante o primeiro semestre de 2020, foram escolhidos profissionais de saúde da rede municipal para compor a equipe da AAE que se reunia periodicamente com a tutora municipal para alinhamento conceitual dos macroprocessos e adequação dos formulários de estratificação de risco e de compartilhamento do cuidado, inspirados nos modelos de Caxias (MA). Durante a pandemia de COVID-19, a Etapa 4 e o monitoramento aconteceram de forma virtual. **Resultados/Implicação prática:** Todas as ESFs (médicos e enfermeiros) do município receberam a capacitação presencial da Nota Técnica da Saúde da Mulher em maio/2021 e apresentação dos formulários. A capacitação da Nota Técnica da Saúde da Criança ocorreu em maio/2022 (enfermeiras) e junho/2022 (médicos). Até então, os profissionais utilizaram estratificação avaliada pela pediatra da equipe do AAE. O ambulatório foi inaugurado em 26/08/2021 com toda estrutura física pronta para atendimento da linha de cuidado e equipe completa e treinada, sendo o compartilhamento do cuidado iniciado a partir do mês de outubro/2021. Ainda sem pactuação regionalizada, o ambulatório já atendeu 268 gestantes e 82 crianças da rede municipal. Além da função assistencial, equipe da AAE realiza as funções educacional e supervisonal. **Conclusão/Aprendizados:** Com a execução das etapas de planificação na UL, foi possível realizar a expansão das ferramentas nas demais unidades de saúde, incluindo os conceitos de cuidado integrado em rede e estratificação de risco da linha materno-infantil. Deste modo, ao iniciarmos o atendimento no AAE, mesmo sem pactuação regional, todas as ESFs do município encontravam-se aptas para o compartilhamento do cuidado.

**Palavras-chave:** Ambulatório de Atenção Especializada, Rede Materno-Infantil, Macroprocesso.



448-1

## NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR E TRABALHADORA: O CUIDADO INTEGRADO AO SERVIDOR DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA MATERNO-INFANTIL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA AMAZÔNIA OCIDENTAL

### Autores:

Jeanne Raquel Freire de Albuquerque Miranda<sup>1</sup>; Valéria Teixeira da Costa<sup>1</sup>; Vilmar Canigia da Rocha Bandeira<sup>1</sup>; Edileusa Barbosa da Costa<sup>1</sup>; Francisca Luzia Guimarães Cordeiro<sup>1</sup>; Naiara da Costa Dias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Policlínica Tucumã - Policlínica Tucumã Ambulatório de Atendimento Especializado

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Estudos apontam que no contexto pandêmico, o estresse, o esgotamento e o sofrimento podem estar acentuados repercutindo negativamente na saúde física e psíquica dos trabalhadores da saúde.

**Descrição e objetivos:** O objetivo principal do NASTT da Policlínica Tucumã é ofertar um cuidado integrado aos trabalhadores de saúde, tendo em vista o ambiente em que estão inseridos, e as diversas possibilidades de atendimento. Desta forma, o setor promove ações de prevenção e assistência aos profissionais da saúde, realiza estudos que identificam agravos e intervenções diretas que possibilitem uma melhor qualidade de saúde e consequentemente um ambiente mais seguro para o desenvolvimento das atividades laborativas. **Metodologia:** A realização de consultas clínicas de rotina para levantamento do perfil epidemiológico dos trabalhadores. Em casos suspeitos de contaminação pela COVID-19, foi estabelecido um fluxo com oferta de consulta médica e psicológica, teste rápido, e os casos positivos foram notificados e monitorados pelo serviço de vigilância epidemiológica da unidade em parceria com o NASTT, tendo seu retorno médico garantido. Para os servidores na assistência, disponibilizamos os atendimentos com as Práticas Integrativas e Complementares para redução dos níveis de estresse e ansiedade, e melhora da qualidade de sono. **Resultados/Implicação prática:** Como avaliação do serviço, realizamos uma roda de conversa com os servidores três meses após o início das atividades, e utilizamos um questionário com seis perguntas abertas e respostas espontâneas. As queixas mais comuns foram: ansiedade, insônia e dores musculoesqueléticas. Após quatro sessões mensais, os trabalhadores referiram melhora do quadro de sintomas, sensação de relaxamento e maior disposição para as atividades laborais. Quando questionados o que mais os surpreenderam durante o atendimento, os trabalhadores comentaram que a forma como foram acolhidos, o olhar integral, a empatia por parte dos terapeutas, e a qualidade do serviço trouxe um sentimento de valorização e de se sentir cuidado. Para finalizar a atividade sugeriram a ampliação de vagas e a permanência do serviço. **Conclusão/Aprendizados:** A interação vivenciada no atendimento prestado, por meio da escuta qualificada, do acolhimento aos trabalhadores de saúde e suas queixas, possibilitou identificar as situações de vulnerabilidade, principalmente na saúde mental, e no encaminhamento desse trabalhador para uma rede de apoio. Com isso, temos o desafio de sensibilizar as pessoas para que observem a prevenção como uma forma de cuidado.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador, Cuidado Integrado, COVID-19, Pandemia, Ambulatório Especializado.



461-2

## A METODOLOGIA DE PLANIFICAÇÃO COMO FATOR CONTRIBUINTE PARA APROXIMAÇÃO DAS REDES ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA SAÚDE DE DETERMINADA POPULAÇÃO

### Autores:

Emanuela Marques de Santana<sup>1</sup>; Ana Lúcia Souza Leão Ávila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SES - PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O estado de Pernambuco aderiu a Planificação em 2019, por meio da assinatura do Termo de Adesão pelo Secretário Estadual de Saúde e definiu a Linha de Cuidado Prioritária à Atenção às Condições Crônicas. **Descrição e objetivos:** Reconhecer a necessidade de Linha de Cuidados Prioritária da população da IV Regional de Saúde, na VIII Microrregião de Saúde que foi a escolhida para iniciar a Planificação, Promover aproximação entre as Redes de Atenção à Saúde com a Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada, modificar a comunicação entre os Pontos de Atenção à Saúde para que assim, se possa promover saúde com qualidade, tempo oportuno, integralidade e equidade da assistência. **Metodologia:** Implementar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e promover o cuidado compartilhado em pacientes de alto e muito alto risco de acordo com a necessidade e o modelo (MACC). Descrever as necessidades da população para reafirmar a fundamentação da escolha das Linhas de Cuidados Prioritária à Atenção às Condições Crônicas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*. Associar Cuidado Compartilhado como precursor da efetivação do Autocuidado Apoiado do cliente/paciente. **Resultados/Implicação prática:** No PlanificaSUS em Pernambuco, as 89 UBS e a UPAE são pontos de atenção que configuram a Rede de Atenção à Saúde, em seus níveis, dos hipertensos e diabéticos na VIII Microrregião de Saúde, cabendo à UPAE o cuidado compartilhado com a APS, ao usuário de alto e muito alto risco estratificado pelas UBS. Na segunda fase do PlanificaSUS, que trouxe expansão da quantidade de pontos dessa rede, tanto no nível da Atenção Básica à Saúde como no da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), foram incorporadas ao projeto a UPAE Ministro Fernando Lyra, em Caruaru, município sede da IV Região de Saúde e a UPAE Deputado Áureo Howard Bradley, em Arcoverde, município sede da VI Região de Saúde. Desta forma, reforça a necessidade das ações educacionais e supervisionais exercidas pela AAE junto à APS. **Conclusão/Aprendizados:** A partir da interação entre a APS e AAE se permite desenvolver competência das equipes para a Organização da Atenção à Saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas e de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Sendo assim, ações educacionais e supervisão são ferramentas fundamentais que propiciam mais segurança.

**Palavras-chave:** Planificação, Redes de Atenção à Saúde, Estado, Municípios, Pontos de Atenção à Saúde.



461-3

## A INTEGRAÇÃO DA APS E AAE PARA O DESENVOLVIMENTO DA ATENÇÃO À SAÚDE COMO FATOR POSITIVO NO CUIDADO COMPARTILHADO

### Autores:

Emanuela Marques de Santana<sup>1-2-3</sup>;  
Ana Lúcia Souza Leão Ávila<sup>1</sup>;  
Alexandra Silvestre Amaral<sup>2-3</sup>; Lidiane  
Lima Regino<sup>2-3</sup>; Karina Kelly de  
Oliveira<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SES - PE - Secretaria Estadual de Saúde  
de Pernambuco

<sup>2</sup>UPAE - Belo Jardim

<sup>3</sup>UPAE Padre Assis Neves

<sup>4</sup>Albert Einstein - Instituto Israelita de  
Responsabilidade Social Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O estado de Pernambuco aderiu ao projeto de Planificação em 2019, iniciando na VIII Microrregião de Saúde, com a Unidade Laboratório da Atenção Especializada, UPAE Padre Assis Neves, Belo Jardim-PE. **Descrição e objetivos:** Integrar o cuidado entre Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada na Atenção às Condições Crônicas, baseando-se nas diretrizes clínicas e de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Implementar o Plano de Cuidados Compartilhados entre a APS e AAE. Analisar em cada encontro com o cliente/paciente se o Plano de Cuidados era condizente com a sua realidade e passível de concretização do Autocuidado Apoiado.

**Metodologia:** Implementar a metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no estado de Pernambuco iniciando pela IV Regional de Saúde, na VIII Microrregião de Saúde; identificar e promover o cuidado compartilhado em pacientes de alto e muito alto risco de acordo com a necessidade e o modelo (MACC); utilizar como Linha de Cuidado Prioritária à Atenção às Condições Crônicas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*; integrar a APS e AAE para a promoção da integralidade na saúde.

**Resultados/Implicação prática:** A partir da integração da Unidade Laboratório da Atenção Especializada, a UPAE Padre Assis Neves, em Belo Jardim-PE, com 8 Unidades Laboratórios da Atenção Primária por município, da área de abrangência da UPAE, sendo selecionados os municípios de Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una e Tacaimbó. Posteriormente foram compartilhados e atendidos no ciclo de atenção contínua 89 pacientes, destes, 67 foram atendidos pela primeira vez no ciclo de atenção contínua, 15 foram do atendimento de retorno e 4 pacientes tiveram modificações no Plano de Cuidados devido à instabilidade de condições crônicas. Desta forma, elaborando o plano de cuidados compartilhado entre a APS e AAE e simultaneamente ajustando conforme a realidade do cliente/paciente.

**Conclusão/Aprendizados:** A integração na APS e AAE está promovendo aproximação e comunicação RAS, possibilitando assim a assistência de qualidade para prevenir agudizações e hospitalizações, fazendo a promoção do Autocuidado Apoiado, a integralidade da assistência à saúde, reconfiguração do olhar da população diante da resolutividade da APS e fortalecendo SUS em seus diferentes pontos de atenção.

**Palavras-chave:** Integração, Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Planificação, Compartilhamento do Cuidado.



462-1

## OUTUBRO ROSA E PREVINE BRASIL, UNINDO UMA AÇÃO PONTUAL, TRANSFORMANDO-A EM AÇÃO COLETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro<sup>1-2</sup>; Fabíola Maria da Silva Aragão Lobos<sup>1-3</sup>; Valéria Helena da Silva Vasconcelos<sup>1-4</sup>; Patrícia Anas Verissimo Melo de Farias<sup>1-5</sup>; Torganna Rizomar Temoteo da Silva<sup>6</sup>; Luciana Penha da Silva<sup>6</sup>; Maria Eduarda da Silva Aragão Lobos<sup>7</sup>; Morgana Valesca de Melo Bezerra<sup>8-9</sup>

<sup>1</sup>ESF-JB - Estratégia de Saúde da Família do Município de Jaboatão dos Guararapes

<sup>2</sup>UPE - Doutora em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco

<sup>3</sup>UFPE - Médica Especialista em Medicina da Família e da Comunidade pela Universidade Federal de Pernambuco

<sup>4</sup>TECENF-JAB - Técnica em Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão

<sup>5</sup>FOPE - Cirurgião-dentista Especialista em Endodontia pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco

<sup>6</sup>ACS-JB - Agentes Comunitárias de Saúde da Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes/PE

<sup>7</sup>FMO - Acadêmica de Medicina Faculdade de Medicina de Olinda

<sup>8</sup>SMS-JB - Secretaria Municipal de Saúde do Jaboatão dos Guararapes

<sup>9</sup>PAPS - Enfermeira Especialista em Preceptorias na Atenção Primária em Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Outubro Rosa divulga informações sobre câncer de mama. Já o Previne Brasil tem indicadores aplicáveis às mulheres: citopatológico, aferição de PA, solicitação de HG (BRASIL,2022). **Descrição e objetivos:** Relatar as experiências do Outubro Rosa que incluíram indicadores do Previne Brasil em uma Unidade de Saúde da Família-USF de Jaboatão dos Guararapes/PE das ações que ocorreram de 28/09/2022 a 26/10/2022. **Metodologia:** 1ª etapa: Levantamento de dados no AtendSaúde pela enfermeira- Enfª no Excel sinalizou as citologias oncológica-últimos 3 anos + dados da SMS. 2ª: Divulgação por: cartazes, busca ativa (ACS), das ações conjuntas entre médica-Med e Enfª (coleta do citopatológico, solicitação de: mamografia/USG mamas/transvaginal, hemoglobina glicada, tratamento vaginites/leucorreia, conforme necessidade) e pela técnica de enfermagem (Aferir PA). 3ª: Dia D-Outubro Rosa: Roda de Conversa: Câncer de mama/bucal, demonstração do autoexame das mamas; serviços supracitados + avaliação de saúde bucal/aplicação de flúor. **Resultados/Implicação prática:** Ampliação do número de oferta de exames citopatológicos para 125, porém apenas 48 mulheres compareceram; acredita-se que mesmo não atingindo a meta planejada, o mês destinado ao Outubro Rosa foi efetivo e servirá de base para as próximas ações programadas. Alcance simultâneo em uma ação de vários indicadores do Previne Brasil. As mulheres participantes referiram: "gostamos de informação + serviços de saúde, nos sentimos acolhidas, a equipe está de parabéns". **Conclusão/Aprendizados:** Limitação: melhorar a divulgação das ações, pois foram suficientes para alcançar a meta. Assim, a equipe acredita que: a união do Outubro Rosa e Previne Brasil foi viável, fez jus ao significado do Servidor Público: está a serviço da população com acolhimento/qualidade, e converge com a planificação do SUS: mudando a atitude dos profissionais de saúde e principalmente o processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Outubro Rosa, Previne Brasil, Promoção à Saúde, Planificação, Equipe de Saúde da Família.

462-2

## REALIZAÇÃO DE CURATIVO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, AMPLIANDO CONHECIMENTOS PARA PROPORCIONAR O FECHAMENTO DA LESÃO DE PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro<sup>1,2</sup>; Valéria Helena da Silva Vasconcelos<sup>1-3</sup>; Fabíola Maria da Silva Aragão Lobos<sup>1-4</sup>; Reginaldo Moura da Silva Filho<sup>1-5</sup>; Kátia Cilene Santos<sup>1-5</sup>; Florisneide Maria da Silva Aragão<sup>6</sup>; Maria José de Oliveira<sup>1-5</sup>; Priscylla Ribas de Oliveira<sup>7</sup>

<sup>1</sup>ESF-JB - Estratégia de Saúde da Família do Município de Jaboatão dos Guararapes <sup>2</sup>UPE - Doutora em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco

<sup>3</sup>TECENF-JAB - Técnica em Enfermagem da Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão

<sup>4</sup>UFPE - Médica Especialista em Medicina da Família e da Comunidade pela Universidade Federal de Pernambuco

<sup>5</sup>ACS-JB - Agentes Comunitárias de Saúde da Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes/PE

<sup>6</sup>ENFA-ESF - Enfermeira Especialista em Saúde da Família

<sup>7</sup>UNIBRA - Acadêmica de Farmácia da Faculdade UNIBRA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica, entre suas complicações: pé diabético, feridas com ou sem infecções, até amputações de membros inferiores (BRASIL, 2013). **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de cicatrização de pé diabético, do paciente acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família de Jaboatão dos Guararapes/PE. **Metodologia:** Homem, 58 anos, diabético, hipertenso, alcoolista, fumante. Possui plano de saúde e cadastro na ESF. Queixa: lesão em pé. Realizada visita domiciliar (Enfermeira - Enf<sup>a</sup>, técnica de Enfermagem-Tec. Enf. e ACS). Enf<sup>a</sup> avaliou lesão: localizada 2/3 da perna direita, diâmetro: 30cmx15cm, profundidade: 1-2cm, tipo de tecido: esfacelo sem: exsudato, infecção, necrose, bordas aderidas à lesão, pele periestomal: sem edema, temperatura normal, hematomas. Apresenta lesões em região do calcâneo e dorso do pé. Classificação lesão diabética grau II: tendão visível; Risco III: história de úlcera e amputação. **Resultados/Implicação prática:** Curativo utilizado luvas de procedimento (retirar curativo anterior), luva estéril (realização do novo), irrigado leito da ferida com SF a 0,9% (agulha 40x12), a 20cm. Realizado debridamento com bisturi- nº 20 da área com fibrina, expondo o tecido de granulação, pele periestomal limpa com sabão neutro. Cobertura primária com algenato de cálcio e sódio, ocluído com gaze e micropore. Renovado curativo a cada 3 dias pela Téc. Enf. (1º mês), posteriormente pela família, avaliação semanal pela técnica e mensal pela Enf<sup>a</sup>. Foi desestimulado o uso de Rifamicina. Após 10 meses, a lesão apresentou melhora, com tecido de epitelização, recomendado utilizar loção oleosa com ácidos graxos essenciais enriquecidos com vitamina A e E. **Conclusão/Aprendizados:** O fechamento da lesão foi possível com curativo correto + melhora alimentar do paciente e interrupção do consumo de álcool. Estreitamento do vínculo entre: família-ACS-USF foi fundamental para a cicatrização desta lesão, bem como o olhar atento e vigilante do ACS, o monitoramento da lesão pela Téc. Enf. e Enf<sup>a</sup> e médica da USF, quando necessário.

**Palavras-chave:** Pé diabético, Atenção Primária, Curativo, Planificação, Equipe de Saúde da Família.



465-1

## **EXPERIÊNCIA DO ANALISTA DA APS NA PLANIFICAÇÃO NA REGIÃO DE CAMAÇARI, BA**

### **Autores:**

Livia Lima Nogueira dos Santos<sup>1</sup>;  
Isabela Conceição Menezes<sup>2</sup>; Laise  
Seixas de Abreu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup>SESAU- Dias D'ávila - Secretaria  
Municipal de Saúde de Dias D'ávila

<sup>3</sup>SESAU Mata de São João - Secretaria  
Municipal de Saúde Mata de São João

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A planificação na região de Camaçari, Ba apresentou dificuldades no compartilhamento do cuidado. O fazer junto do analista precisou de uma nova indução para além das atividades de educação permanente.

**Descrição e objetivos:** O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do amadurecimento do processo de trabalho do analista para fomentar a reorganização do processo de trabalho e o compartilhamento do cuidado com a média complexidade, por meio das atividades de educação permanente e monitoramento. **Metodologia:** Relato de experiência construído por meio da narrativa do próprio analista da APS e registro das atividades. **Resultados/Implicação prática:** As atividades de educação permanente não foram suficientes para garantir o compartilhamento do cuidado com a policlínica. As ESFs e os tutores municipais atravessados pelas demandas sempre reativas de um sistema de saúde ainda fragmentado, não conseguiram produzir uma Estratificação (ER) e Plano de Cuidados (PC) suficientes para compartilhar o cuidado com a policlínica. Para superar este limite, a analista organizou reuniões com os tutores municipais para produzir seu plano de ação com cronograma de ER e PC, visitas semanais na unidade para monitoramento, turno protegido para tutor e ESF, implementação do ciclo de atenção contínua e programação do cuidado para os usuários de alto e risco e muito alto risco. **Conclusão/Aprendizados:** Vivencia-se limites na qualificação da planificação tais como: áreas descobertas de ACS, ausência de PEC. Entretanto, temos também avanços da reorganização do processo de trabalho: visita domiciliar agendada pela estratificação de risco familiar, melhoria nos indicadores do Previne Brasil. Espera-se que com a nova indução de planejamento consiga-se compartilhar o cuidado de forma efetiva.

**Palavras-chave:** Planificação, Atenção Primária, Compartilhamento do Cuidado, Modelo de Atenção às Condições Crônicas, Atenção Básica.

466-1

## TELECONSULTA DE ENFERMAGEM NO APOIO MATRICIAL NA RAPS: UMA FERRAMENTA INDISPENSÁVEL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. UMA HERANÇA POSITIVA DA COVID-19

### Autores:

Rafaela Sales Medeiros<sup>1,2</sup>; Flávia  
Fonseca Venâncio<sup>2</sup>; Isabela  
Pechinim<sup>2</sup>; Kaine da Silva Felipe<sup>2</sup>;  
Luana Gasparelli Feitosa<sup>2</sup>; José  
Gilberto Prates<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IPQHC FMUSP - Instituto de Psiquiatria  
- Hospital das Clínicas - Faculdade de  
Medicina <sup>2</sup>FMUSP - Faculdade de Medicina  
da Universidade de São Paulo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A COVID-19 trouxe mudanças para os serviços de saúde e principalmente para a enfermagem. Nesse contexto, a teleconsulta foi uma ferramenta que teve um aumento expressivo em sua aplicabilidade. **Descrição e objetivos:** O COFEN normatiza a teleconsulta de enfermagem por meio da resolução 634/2020. Os serviços por sua vez optaram por teleconsulta, com isso, a enfermagem iniciou reuniões e nasceu o projeto do teleatendimento com enfoque no matriciamento, por ser uma pauta importante nas discussões interdisciplinares nos serviços de saúde. Implementação de um ambulatório de teleconsulta de enfermagem em um hospital psiquiátrico público para apoio matricial dos usuários na rede de atenção psicossocial. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado por enfermeiros especialistas em saúde mental. O ambulatório foi implementado em março de 2021 no Programa de Residência em Enfermagem Uniprofissional em Saúde Mental e Psiquiatria. O projeto foi efetivado e integrado ao projeto político pedagógico do programa e seguirá com os atendimentos integrados ao serviço. Destacamos o estreitamento das relações com a RAPS e como fragilidade, observamos incoerências no encaminhamento de usuários e incompreensão acerca do processo de matriciamento. **Resultados/Implicação prática:** Foi realizada capacitação dos residentes para realização dos atendimentos e estruturado o desenvolvimento das estratégias de captação, monitoramento e gestão do ambulatório, pautados na Lei Geral de Proteção de Dados, construímos então links vinculados a uma plataforma gratuita para comunicação das unidades, assim como planilhas de monitoramento de atendimentos, seguimento e resultados. Aguardamos os encaminhamentos provenientes das unidades, o que não aconteceu conforme o esperado, então implementamos a busca ativa nas unidades de internação, identificando os usuários em fase de alta hospitalar, com essa iniciativa, aumentamos o número de casos encaminhados. Uma discreta porcentagem dos usuários optou por atendimento privado ou recusaram atendimento. **Conclusão/Aprendizados:** A teleconsulta de enfermagem facilitou o aprimoramento da comunicação entre as equipes, os ajustes das necessidades do usuário e a continuidade do tratamento, que são necessidades institucionais que impactam na alta dos usuários e na admissão de novos. Evidenciamos a importância de nós enfermeiros nos apropriarmos das novas modalidades de atendimento, principalmente, no contexto da alta.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Psiquiatria, RAPS, Saúde Mental, Telenfermagem.

471-1

## POTENCIALIDADES NO USO DE FERRAMENTAS TÉCNICAS E CIENTÍFICAS NO MANEJO DO CUIDADO DE GESTANTE NO INTERIOR O MARAHÃO

### Autores:

Juciara Sampaio<sup>1</sup>; Evelise Stella Magri Reis<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa Shimocomaqui<sup>1</sup>; Ravena Miranda Rocha<sup>1</sup>; Walyson Gustavo Silva de Freitas<sup>1</sup>; Jordania Ferreira de Amorim<sup>1</sup>; Marlanny da Silva Pereira Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBIAE - Sociedade Brasileira Israelita (Albert Einstein)

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS, desenvolvido na região de São João dos Patos - MA, tendo como sede, o município de Colinas-MA, trouxe a importância da integração entre os pontos de Rede de Atenção à Saúde, visando os princípios do SUS, atributos da Atenção Primária à Saúde e suas competências.

**Descrição e objetivos:** Apresentar um relato de experiência de uma usuária gestante de alto risco em situação de vulnerabilidade, cujo cuidado foi compartilhado entre Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Maternidade, por meio da utilização de diretriz clínica e ferramentas de gestão do cuidado do PlanificaSUS, qualificaram o manejo e cuidado no pré-natal de alto risco. **Metodologia:**

Foram utilizados na APS, durante a primeira consulta de pré-natal, o formulário de estratificação de risco, nota técnica da gestante e formulário de compartilhamento do cuidado para o AAE. A gestante foi estratificada como alto risco, e em seguida o cuidado foi compartilhado com AAE, sendo reestratificada e confirmada a sua condição de saúde. No AAE, a gestante foi assistida pela equipe multiprofissional no ciclo de atenção contínua, de forma sequencial, com abordagem interprofissional, gerando o Plano de Cuidado construído com a usuária e compartilhado com a APS, qualificando o cuidado ao manejo da condição de saúde da usuária. **Resultados/Implicação prática:**

A estratificação de risco possibilitou a qualificação do cuidado, o direcionamento do uso de ferramentas técnicas e científicas, por profissionais, educação para o usuário e apoio matricial à APS. A construção do Plano de Cuidado como ferramenta de comunicação e integração entre a APS e a AAE subsidiou a elaboração do Plano de Autocuidado Apoiado. A integralidade entre estes pontos da rede e o uso dos Planos de Cuidado e de Autocuidado Apoiado proporcionou a estabilização da condição de saúde, durante a gestação e no puerpério, tornando a usuária protagonista do cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** A importância de implantar e capacitar os profissionais para o uso e manejo das ferramentas técnicas e científicas propostas pelo modelo PASA, gerenciado pelo PlanificaSUS. A comunicação e integração entre profissionais, usuários e pontos da rede, constituindo o microsistema clínico, rompe com o modelo de assistência fragmentado no manejo do cuidado às condições crônicas.

**Palavras-chave:** Gestante, Manejo, APS, AAE.

475-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES COM FIBROMIALGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Carlos Roberto de Faria<sup>1</sup>; Vanessa Ferreira Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A fibromialgia, síndrome reumática caracterizada por dor difusa e crônica, sendo um grave problema de saúde devido à alta prevalência e também pelo caráter incapacitante. **Descrição e objetivos:** Ofertar acompanhamento multiprofissional para indivíduos com diagnóstico de fibromialgia, descentralizar o serviço de atendimento ao paciente, promover a redução de sintomas e a qualidade de vida para este público, mensurar os resultados obtidos com o tratamento proposto. Proporcionar a quebra do ciclo Dor-Inatividade-Dor; promover educação em saúde; estimular o autocuidado e responsabilização do paciente; reduzir a demanda por exames desnecessários. **Metodologia:** A equipe multidisciplinar da Unidade Básica de Saúde, foi capacitada inicialmente pela equipe do Centro Especializado em Reabilitação e a partir deste apontamento inicial, a equipe local se organizou de acordo com as demandas e características do território. Foi proposto aos pacientes um acompanhamento mensal em grupo por três meses, durante os quais eles viriam à unidade de saúde três vezes por semana, para participação em diversos grupos. Destaca-se o instrumental QIF (Questionário de Impacto da Fibromialgia) que foi aplicado junto a estes pacientes quando o grupo iniciou e ao final. **Resultados/Implicação prática:** Com os resultados obtidos a partir o instrumental QIF, foi possível observar que a maioria dos pacientes antes de iniciar o acompanhamento nos grupos, apontaram que “de vez em quando” ou “nunca” conseguiam realizar atividades básicas diárias como: lavar louças, fazer compras, dirigir carro ou andar de ônibus e também socializar-se. Após a finalização do acompanhamento dos pacientes com fibromialgia em grupos terapêuticos em seu território, aplicou-se o QIF final e observou-se a melhora da percepção do paciente em relação à dor e conseqüentemente da melhora da funcionalidade em aspectos sociais e atividades rotineiras. Os pacientes apontaram que “sempre” ou “quase sempre” poderiam: realizar compras, cozinhar, lavar louças, visitar parentes/amigos e dirigir carro ou andar de ônibus. **Conclusão/Aprendizados:** Constatou-se sucesso na descentralização desse processo para a Atenção Primária, contribuindo para isso a facilidade de acesso à unidade de saúde próxima de casa, o vínculo com os profissionais de referência, o suporte social da comunidade e conseqüentemente baixo absenteísmo no acompanhamento e melhora da qualidade de vida desses pacientes com fibromialgia.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Fibromialgia, Assistência, Reabilitação.

478-2

## O CUIDADO COMPARTILHADO COM ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

### Autores:

Fabricia Crystina da Cunha Ribeiro<sup>1</sup>;  
Monica Cristina Queiroz Araújo<sup>1</sup>;  
Edivania Silva de Sá<sup>1</sup>; Luana Pereira  
Borges<sup>1</sup>; Lindimar Oliveira Pereira<sup>1</sup>;  
Mayra Andresa Soares da Silva<sup>1</sup>;  
Raynara Carvalho Silva<sup>1</sup>; Amanda  
Coutinho Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A gestação é um processo fisiológico que normalmente evolui sem complicações, entretanto, algumas mulheres adquirem comorbidades, desenvolvem agravos relacionados à gravidez ou até mesmo seus fatores socioeconômicos, os quais classificam essa gestação como de alto risco. **Descrição e objetivos:** Analisar os impactos do cuidado compartilhado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada durante o Pré-Natal de Alto Risco. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental, de abordagem quantitativa, tendo como fonte de pesquisa os prontuários das gestantes compartilhadas entre a APS e o Centro de Atenção Materno-Infantil (CAEMI). **Resultados/Implicação prática:** Na atenção ao Pré-Natal de Alto Risco, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o atendimento seja realizado por equipe multiprofissional, visto que desta forma possibilita-se a identificação de problemas reais e potenciais da gestante ou do feto e, em decorrência desse momento, é elaborado um plano de cuidados o qual deverá ser compartilhado entre a Atenção Ambulatorial Especializada, a equipe de Estratégia Saúde da Família e a gestante, sempre reafirmando a singularidade de cada mulher e pactuando metas a serem cumpridas dentro do plano. No Município de Matões/MA, compartilhamos em um período de dezoito meses, 116 gestantes em atendimento com o CAEMI, onde 71% destas iniciaram o pré-natal até 12 semanas, com estratificação de risco atualizada a cada consulta. A adesão ao pré-natal por equipe multidisciplinar em forma de circuito teve boa adesão entre as usuárias, intervindo na busca ativa de faltosos, fortalecendo o vínculo entre profissional/paciente e, diante disso, obteve-se a taxa de absentismo em 5,1% e houve intercorrências em 7,2% das gestantes acompanhadas. **Conclusão/Aprendizados:** Diante disso, é importante salientar que, toda gestante, em especial as de alto risco, deve ser vista de forma holística e multidimensional com cuidado integral e contínuo. Todavia, torna-se imprescindível a educação em saúde diante da condução de uma gestação, ressaltando que todo o acompanhamento, incluindo o plano de cuidado compartilhado, permite uma qualidade na continuidade da gestação e uma melhor identificação de prováveis intercorrências, diminuindo assim as taxas de mortalidade materna.

**Palavras-chave:** Pré-Natal de Alto Risco, Atenção Primária à Saúde, Assistência Materno-Infantil, Estratificação de Risco, Assistência Multiprofissional.



491-1

## O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DA GESTANTE ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, A PARTIR DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

### Autores:

Antônia Genilda Sales Morais<sup>1</sup>; Cleyce Paloma Moura Barros<sup>1</sup>; Fancisca Rayanne Santos Lima<sup>1</sup>; Rael Lourenço Barbosa Marinho<sup>1</sup>; Vanda Pereira da Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Para a redução das taxas de mortalidade materno-infantil é imprescindível que a gestante receba uma atenção e um cuidado de qualidade durante toda gestação, englobando suas características sociais, econômicas, obstétricas e reprodutivas. O conhecimento dessas características possibilitará a identificação prévia e rápida do risco gestacional, para a partir daí realizar o encaminhamento para o serviço especializado de atendimento de gestantes de alto risco. **Descrição e objetivos:** Ofertar um atendimento especializado à gestante de alto risco; reduzir a mortalidade materna e infantil; garantir uma gestação segura e sem mais complicações. **Metodologia:** O compartilhamento do cuidado da gestante com a Atenção Ambulatorial Especializada, no município de Parnarama/MA, acontece a partir da estratificação de risco, a qual é realizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde, por meio de um formulário de classificação de risco. A partir do momento que é feita a identificação de gestantes de alto risco, os profissionais da UBS realizam imediatamente o encaminhamento dessa gestante para o Centro de Atenção Materno-Infantil em Timon/MA, onde continuará o seu acompanhamento, visando evitar a ocorrência de mais complicações, ou até mesmo, da morte do bebê e da mãe. Além disso, elas são contrarreferenciadas com um plano de cuidado que será monitorado pela sua equipe de estratégia de saúde da família e articulado com todos os pontos de atenção da rede de saúde. **Resultados/Implicação prática:** O compartilhamento do cuidado entre a Atenção Básica e a Atenção Ambulatorial Especializada tem contribuído efetivamente para o acompanhamento das gestantes de alto risco do município de Parnarama/MA, trazendo mais segurança para os profissionais no atendimento dessas gestantes e possibilitando a comunicação entre as equipes. Além disso, a estratificação de risco é uma ferramenta essencial utilizada nesse processo de cuidado, pois permite a identificação prévia das gestantes de alto risco que serão incluídas no compartilhamento do cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** O compartilhamento do cuidado garante a articulação entre as equipes, que é indispensável para o atendimento integral da gestante de alto risco e permite o estabelecimento de um fluxo de encaminhamento entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, possibilitando a organização do cuidado.

**Palavras-chave:** Gestante, Alto Risco, Atenção Primária, Atenção Especializada.



493-1

## ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO CONTÍNUA ENTRE APS E AAE NA LINHA DE CUIDADO HIPERTENSÃO E DIABETES - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO SUL DA BAHIA

### Autores:

Simone Soares dos Santos<sup>1</sup>; Jessica Santos de Souza<sup>2</sup>; Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>3</sup>; Laís Pimenta Ribeiro dos Santos<sup>4</sup>

<sup>1</sup>NRS-SUL/SESAB - Núcleo Regional de Saúde Sul - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

<sup>2</sup>Policlínica Regional de Valença - Policlínica Regional do Baixo Sul da Bahia

<sup>3</sup>SEMUS Caxias-MA - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias - Maranhão

<sup>4</sup>ENSP/FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde (PAS) e a comunicação da rede no ciclo de atenção contínua traz a perspectiva do cuidado integral e ordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS). O cenário é uma região do Sul da Bahia com 12 municípios, que iniciou a metodologia da PAS em 2019 pelo projeto PlanificaSUS. **Descrição e objetivos:** Relatar estratégias para a implementação do ciclo de atenção contínua no cuidado a usuários com hipertensão e diabetes. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, que descreve as etapas para o compartilhamento do cuidado entre APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), na linha de cuidado hipertensão e diabetes, na Região de Valença, BA. Inicialmente, houve capacitação teórica e prática no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, discutindo estratificação de risco, Plano de Cuidados e Formulário de Compartilhamento. Foi iniciado um piloto com 4 municípios, com o objetivo de aproximação entre profissionais, utilização dos instrumentos e ajuste de fluxos. Posteriormente, foi realizada uma Oficina Tutorial integrada com a participação de profissionais e tutores de mais 3 municípios, totalizando 7, onde discutimos a operacionalização do compartilhamento na região. Em seguida, foi organizada a agenda do ambulatório e estabelecidos critérios de compartilhamento validados pelo Estado. Além disso, foi realizada nova atividade de matriciamento em estratificação de risco para profissionais da APS e reunião com a regulação dos municípios. Após ajustes, foi iniciada a agenda regular do ciclo de atenção contínua para usuários de alto risco. **Resultados/Implicação prática:** Com o compartilhamento do cuidado e ciclo de atenção contínua, os Planos de Cuidados da APS e AAE estão sendo elaborados como rotina na Região e, ainda na AAE, os casos estão sendo discutidos para fechamento dos planos em equipe ao final dos atendimentos. Um canal de comunicação na Rede vem sendo construído para trocas de informações, tornando o cuidado desses usuários mais seguro. Ainda, duas funções da AAE na PAS, educação e supervisão, foram estabelecidas com a realização de oficina de estratificação para profissionais da APS e uma planilha de monitoramento do ambulatório para casos novos e retornos. **Conclusão/Aprendizados:** Fortalecimento da comunicação entre profissionais de atenção; desenvolvimento de competências e potencial de melhorias; satisfação dos usuários com o cuidado multiprofissional ofertado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Atenção Especializada, Cuidado Compartilhado, Planificação, Redes de Atenção à Saúde.

496-2

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE CASOS DE PÉ DIABÉTICO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS EM MARCOS PARENTE

### Autora:

Judith Carla Trajano Mousinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS Marcos Parente - Secretária  
Municipal de Saúde de Marcos Parente

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Diabetes *Mellitus* (DM) é considerado um problema de saúde pública de alta prevalência no mundo. No ano de 2021, segundo a Federação Mundial do Diabete s(FDA), este número era de 537 milhões.

**Descrição e objetivos:** O pé diabético é a complicação mais incapacitante da doença, reduzindo drasticamente a qualidade de vida do usuário, além de ser responsável por altos gastos em todos os níveis de atenção. O objetivo é implementar educação permanente e continuada em saúde aos portadores e cuidadores, reduzindo assim a incidência desta complicação, bem como a manutenção e responsabilização do autocuidado. **Metodologia:** Foi reorganizado o modelo assistencial das equipes de ESF com implementação de atividades educativas individuais e coletivas; intensificada a busca ativa aos portadores, por meio de visitas domiciliares na zona rural; avaliação e inspeção periódica dos pés, e a garantia do acesso aos serviços e continuidade do cuidado. Priorizou-se também a orientação quanto ao autoexame dos membros inferiores, sobre os cuidados específicos destinados aos pés com lesões e avaliação verbal sobre o entendimento dos portadores de DM (*feedback*) e cuidadores a respeito das orientações fornecidas pela equipe. O resultado foi a redução do número de casos clínico de pé diabético (de 07 **Resultados/Implicação prática:** para 02 casos) no período de 12 meses, e ausência de casos no ano seguinte, e o impacto na melhora da qualidade de vida dos usuários portadores de diabetes, além da redução de gastos ambulatoriais com procedimentos à nível municipal. A implementação da educação permanente em saúde para a comunidade, aliada à segurança na disponibilidade da equipe assistencial e, à boa oferta de recursos materiais necessários, proporcionou benefícios a curto e longo prazo a portadores de DM, além de melhorar efetivamente a qualidade de vida desses usuários. **Conclusão/Aprendizados:** A educação permanente em saúde, aliada à uma boa oferta de recursos materiais necessários, proporcionou benefícios a curto e longo prazo a portadores de DM, melhorando efetivamente sua qualidade de vida, educando-os ao autocuidado permanente, tornando-os participantes do cuidado continuado, aumentando a adesão ao tratamento. A assistência mais resolutiva e reduzindo gastos ambulatoriais.

**Palavras-chave:** Educação em Saúde, Diabetes *Mellitus*, Pé Diabético.

497-1

## PARÓDIA SOBRE A GESTÃO DO CUIDADO

### Autora:

Simone Bezerra Barbosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde



**Descrição e objetivos:** Em realização do *Workshop 4* (gestão do cuidado) a equipe de expansão da unidade dos terreiros em São Bento do Una, pertencente a IV GERES de Saúde de Pernambuco, encerraram a atividade com essa paródia, alcançando assim os objetivos do *Workshop* que é compreender o conceito de condições crônicas, e uma boa gestão do cuidado. **Local da experiência:** Pernambuco, Município de São Bento do Una, IV GERES de Saúde, Unidade Terreiros. Tempo de apresentação: Paródia com 17 segundos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresse vontade e declare que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Condições Crônicas, Gestão do Cuidado, Compartilhamento com AAE, Etapa 4, Modelo MACC.

I Conferência Nacional da Planificação da Atenção à Saúde

### Paródia sobre a Gestão do Cuidado

Posto dos Terreiros está aqui pra ajudar

Posto dos Terreiros está aqui pra ajudar

Agente acolhe, Atende, vai estratificar,  
compartilha com a AAE para o cuidado continuar .

501-1

## SUPERVISÃO CLÍNICA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - SPDM - UBERLÂNDIA-MG

### Autores:

Liliane Costa Borges Botelho<sup>1</sup>; Ana Rita Faria<sup>1</sup>; Fabiane Peixoto Cardoso<sup>1</sup>; Fabiana Prado Silva<sup>1</sup>; Daniela Coelho Borges<sup>1</sup>; Carolina Paixão Guimarães Petraglia<sup>1</sup>; Poliana Castro de Resende Bonati<sup>2</sup>; Ana Marcia Evaristo Cunha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

<sup>2</sup>SMS - Secretária Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A RAS, na perspectiva do envelhecimento populacional, organiza-se de forma colaborativa entre os Pontos de Atenção para garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado ao idoso. **Descrição e objetivos:** A supervisão clínica visa capacitar a RAS para o cuidado integral da pessoa idosa. Implementar e orientar o manejo de instrumentos na APS, para estratificação de risco e elaboração detalhada de um plano de cuidados, que auxiliará na ordenação do fluxo, por criar critérios de elegibilidade e prioridade para outros Pontos de Atenção. Gerar condução melhor e compartilhada das condições clínicas do idoso, colaborando para a manutenção ou melhoria de sua funcionalidade e vitalidade. **Metodologia:** A Atenção Primária à Saúde seleciona um idoso frágil (IVCF-20), que necessite de uma melhor integralidade do cuidado. A equipe interdisciplinar é orientada, por visitas de supervisão clínica, ao manejo e interpretação de instrumentos de avaliação em saúde, a depender do caso clínico escolhido. O caso é estruturado baseado nos diagnósticos funcionais. Elabora-se um Plano de cuidados com metas e prioridades bem detalhadas para o idoso, que é registrado e disponibilizado em prontuário eletrônico para acesso de toda a RAS do município de Uberlândia, de forma a compartilhar as orientações do cuidado. **Resultados/Implicação prática:** Diminuição da Polifarmácia e Iatrogenia no cuidado com a pessoa idosa, com melhora, já a curto prazo, na vitalidade e funcionalidade destes. Manejo clínico interdisciplinar e compartilhado com a RAS, das condições agudas e crônicas dos idosos, gerando maior resolutividade de suas condições de saúde. Redução de intervenções desnecessárias: exames, procedimentos, internações; devido à elaboração do plano de cuidados com metas terapêuticas e prioridades bem estabelecidas. Elaboração de intervenções preventivas, curativas, reabilitadoras e/ou paliativas de acordo com a avaliação integral de cada idoso, colaborando para um cuidado longitudinal de alta qualidade. **Conclusão/Aprendizados:** O manejo da saúde e cuidado da pessoa idosa se qualifica e fortifica por meio da supervisão clínica e compartilhamento com toda a RAS. A estratégia adotada mostrou-se uma ferramenta interdisciplinar altamente eficaz no cuidado ao idoso, e promete se tornar permanente no manejo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Uberlândia.

**Palavras-chave:** Idoso, Rede de Atenção à Saúde, RAS, SPDM, Uberlândia.

502-1

## PLANIFICASUS: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE COLINAS/MARANHÃO

### Autores:

Marllany da Silva Pereira Santos<sup>1</sup>;  
Walison Gustavo Silva de Freitas<sup>1</sup>;  
Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SES - Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS surge junto ao Hospital Israelita Albert Einstein e Ministério da Saúde para operacionalizar a metodologia da planificação da atenção à saúde, visando a organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em Rede com a Atenção Primária à Saúde (APS). **Descrição e objetivos:** Apresentar o aprimoramento no compartilhamento do cuidado das gestantes e crianças de alto risco entre a APS e AAE no município de Colinas/Maranhão. **Metodologia:** O projeto é realizado em etapas durante sua execução. Neste, são utilizados métodos e ferramentas para estruturação dos processos de trabalho das equipes de AAE e APS. Durante as atividades mensais são realizados alinhamentos, planejamentos e monitoramento dos processos a ser implantados. O movimento de integração contínua entre APS e AAE para estabelecimento de um microssistema clínico é feito por meio de reuniões mensais on-line e momentos presenciais com duração de quatro dias e com intervalos em média de quarenta dias. Para organização de todo o processo são realizadas oficinas de pré-tutoria, oficinas de tutoria, oficinas de pós-tutoria e reuniões de monitoramento. Para a organização dos processos são utilizados guias orientadores, e diretrizes clínicas estabelecidas por meio de notas técnicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde/CONASS/Einstein. **Resultados/Implicação prática:** A implantação do Ambulatório Especializado na Maternidade Humberto Coutinho – AEMICH, no município, foi um fator condicionante para a melhoria do acesso e estabilização clínica das crianças e gestantes de alto risco. A integração entre as equipes de APS e AAE tem favorecido a identificação precoce pela estratificação de risco de gestantes e crianças. Em 2021, foram identificadas e acompanhadas um total de 115 gestantes de alto risco do município de Colinas, superando o parâmetro de 103 gestantes esperadas, alcançando 111,65% de gestantes de alto risco. Em 2022, de janeiro a setembro foram compartilhadas 64,8% do total esperado. **Conclusão/Aprendizados:** A integração entre APS e AAE por meio do microssistema clínico qualifica o cuidado ofertado e promove acesso aos usuários. Colinas tem demonstrado melhorias nos processos de trabalho da APS e espera-se que com a expansão do projeto para todas as ESFs, os índices de gestantes e crianças de alto risco compartilhadas com a AAE sejam cada vez melhores. Temos certeza de que temos a fazer, estes resultados vêm sendo alcançados devido à comunicação eficaz entre os dois níveis de atenção.

**Palavras-chave:** Planificação, Atenção Primária, Atenção Especializada.

505-2

## INOVAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM REDE: A POTENCIALIDADE DAS UNIDADES PERNAMBUCANAS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

### Autores:

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra<sup>1</sup>; Gilcilene Pretta Cani Ribeiro<sup>2</sup>; Ana Carolina Coelho de Almeida<sup>1</sup>; Ana Lúcia de Souza Leão Ávila<sup>1</sup>; Maria Francisca Santos de Carvalho<sup>1</sup>; Maria Aparecida de Souza<sup>1</sup>; Karina Kelly de Oliveira<sup>2</sup>; Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

<sup>2</sup>SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A integração da Rede de Atenção à Saúde é imprescindível para a garantia da integralidade do cuidado, sendo a APS a porta de entrada e compartilhando o cuidado com demais serviços, quando necessário. **Descrição e objetivos:** Em Pernambuco, foram criadas as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (UPAE) para compor a Rede de Serviços, de forma regionalizada, com o objetivo de atender a demanda da APS em diagnóstico e cuidados especializados, se mostrando um diferencial de Pernambuco no compartilhamento do cuidado proposto pela Planificação de Atenção à Saúde. O objetivo deste trabalho é relatar a apresentação da experiência da Planificação da Atenção à Saúde em Pernambuco na Assembleia ordinária do CONASS. **Metodologia:** Em junho de 2022, a equipe estadual do PlanificaSUS apresentou para os Secretários Estaduais de Saúde como o projeto tem se destacado no estado de Pernambuco, mostrando suas potencialidades, dentre as quais destaca-se o fortalecimento da APS como agenda estratégica do secretário, as UPAEs com estrutura e equipamentos de qualidade e compartilhando o cuidado com a APS de forma direta, profissionais comprometidos com a planificação, o envolvimento dos secretários municipais de saúde, além dos profissionais da Regional de Saúde efetivos e com aval para priorizar o projeto. **Resultados/Implicação prática:** A apresentação trouxe à tona a importância da discussão sobre o fortalecimento da PAS no âmbito estadual. Embora a APS não seja de governabilidade dos estados, sua organização tem relação direta com a necessidade, cada vez maior de serviços especializados, pois se a APS não for resolutive, as pessoas terão agravamento das condições de saúde e com isso haverá superlotação dos serviços ambulatoriais e hospitalares, de responsabilidade dos estados. Esse ciclo torna a rede de serviços cada vez mais caótica, além de elevar os custos com a saúde. A equipe mostrou o quanto que uma APS organizada integrada com a UPAE também organizada aumenta a satisfação entre as pessoas cuidadas e seus familiares, aos profissionais e aos gestores. Além de proporcionar educação permanente para as equipes. **Conclusão/Aprendizados:** A troca de experiência entre os Secretários Estaduais de Saúde evidenciou a importância de os estados discutirem o fortalecimento da Atenção Primária e que ter serviços especializados com processo de trabalho pautados na planificação, pode proporcionar cuidado com qualidade e com maior eficiência dos gastos em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Especializada, Rede de Atenção à Saúde, Integração.

512-1

## CAPS ADULTO PARAISÓPOLIS E A EXPERIÊNCIA DA PLANIFICAÇÃO

### Autores:

Amanda Menon Pelissoni<sup>1</sup>; Aline Fernandes de Rossi<sup>1</sup>; Ana Alice Freire<sup>1</sup>; Ana Carolina Rosa<sup>1</sup>; Gustavo Camargo V. da Silva<sup>1</sup>; Natalia Aquino Afonso<sup>1</sup>; Renata do Nascimento Amorim<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) se caracteriza como um processo permeado de desafios em diferentes cenários. **Descrição e objetivos:** Considerando as particularidades dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), um serviço localizado na região sul do município de São Paulo (CAPS Adulto Paraisópolis) vem sendo laboratório da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), desde 2018. Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar o percurso da experiência deste serviço com a PAS para a construção e organização da linha de cuidado em Saúde Mental (SM). **Metodologia:** As oficinas tutoriais foram realizadas e estruturadas em três fases: a) Apresentação da proposta do PlanificaSUS, visita ao serviço e discussão sobre os principais desafios do CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial; b) Construção do itinerário do usuário do CAPS; c) Desenvolvimento dos fluxos decorrentes da discussão do itinerário do usuário (Acolhimento, Projeto Terapêutico Singular, Acolhida Noturna, Altas, etc.). Este trabalho foi realizado pelo grupo condutor, responsável pela elaboração dos encontros para discussão dos processos de trabalho e pela sistematização dos documentos norteadores. **Resultados/Implicação prática:** O desenvolvimento de documentos e fluxos norteadores (como diretriz comum para a equipe em relação ao processo de trabalho no cuidado em SM no CAPS) e a integração com os outros pontos de atenção, principalmente a APS, é fundamental para favorecer a capacidade resolutiva do CAPS, além de colaborar com a consolidação da RAPS. A partir da sistematização dos documentos produzidos, espera-se oportunizar o tratamento adequado, para o usuário certo, no momento certo e no local certo, por meio da oferta de cuidado efetivo com profissionais treinados e alinhados em suas condutas e responsabilidades. O alinhamento dos profissionais do CAPS, a partir dos fluxos construídos durante esta experiência, contribuem para redução da lacuna no cuidado de pessoas com sofrimento psíquico e fortalecem a rede. **Conclusão/Aprendizados:** Revisitar e construir processos de trabalho por meio da PAS e com o protagonismo dos profissionais da assistência, gestores e apoio técnico, oportunizou o melhor entendimento sobre o serviço, necessidades do território e sua responsabilidade na integração com os pontos RAPS. Como desafio, destaca-se a manutenção dos processos construídos de forma orgânica para a prática por meio do monitoramento.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Saúde Mental.

523-1

## A EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO: “FORTALECIMENTO E AMPLIAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO EM OBESIDADE NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO”

### Autores:

Ana Paula Ribeiro Ferreira<sup>1</sup>; Sanna  
Abigail de Jesus Mello<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hucam - Hospital Universitário Cassiano  
Antônio Moraes

<sup>2</sup>UFES - Universidade Federal do Espírito  
Santo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Organização Mundial de Saúde aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões pessoas com obesidade. O número de crianças com sobrepeso e obesidade no mundo poderá chegar a 75 milhões, caso nada seja feito. Neste contexto, é importante aprofundar os conhecimentos e aprimoramento das equipes multiprofissionais da Rede Atenção à Saúde (RAS) para que possam abordar as principais questões relativas ao tratamento dessa doença crônica e multifatorial, tanto a prevenção quanto o tratamento cirúrgico. Nesse contexto, o projeto de extensão “Fortalecimento e ampliação da linha de cuidado em obesidade na rede pública de saúde no Espírito Santo” foi criado em 2019 pelo Programa de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hucam/UFES, com o objetivo de capacitar profissionais da equipe multiprofissional da atenção primária e secundária do Espírito Santo sobre o manejo no tratamento à pessoa com obesidade, além de informar a população sobre prevenção e tratamento da doença. **Descrição e objetivos:** Relatar a atuação do projeto de extensão “Fortalecimento e ampliação da linha de cuidado em obesidade na rede pública de saúde no Espírito Santo”, no contexto de capacitação da equipe multiprofissional e disseminação de conhecimentos sobre prevenção e tratamento da obesidade. **Metodologia:** A metodologia aplicada foi a realização de eventos na área, cursos de capacitação, ações sociais em conjunto com prefeituras da região metropolitana, acompanhamento da equipe multiprofissional em ambulatório pelos acadêmicos, formação interprofissional de estudantes e divulgação de conteúdo em redes sociais. **Resultados/Implicação prática:** O curso de extensão ministrado teve mais de 4000 visualizações no Youtube; as ações sociais tiveram grande participação da comunidade; a vivência dos estudantes nos ambulatórios contribui para a formação dos acadêmicos; as reuniões auxiliam na fundamentação teórica e o conteúdo das redes sociais favorece a educação permanente em saúde. **Conclusão/Aprendizados:** O projeto cumpre seu objetivo extensionista ao possibilitar a troca de saberes, contribuindo com a formação continuada de profissionais de saúde tanto da atenção primária quanto da secundária, sensibilização da população, e com a formação de estudantes, ao fortalecer e ampliar a linha de cuidado em obesidade. **Palavras-chaves:** Atenção Primária, Capacitação Profissional, Linha do Cuidado, Obesidade, Projeto de Extensão.

517-1

## ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR A UM IDOSO SEM AUTONOMIA FUNCIONAL: CONDUTA NÃO INSTITUCIONAL

### Autores:

Michel Correia Viana<sup>1</sup>; Debora Leticia Silva Gouvêa Viana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SPDM - Prefeitura Municipal de Uberlândia

<sup>2</sup>SCMB - Santa Casa de Misericórdia de Barbacena

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Com a inversão na pirâmide etária, a população idosa dependente aumenta consequentemente a institucionalização. Implementação de políticas públicas para assistência a essa população é necessária.

**Descrição e objetivos:** Viabilizar autonomia e independência ou semi-independência ao idoso, proporcionando formas de suporte e cuidado em domicílio, consequentemente, diminuindo a institucionalização e incidência de internações hospitalares.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso. Utilizou-se de informações obtidas durante visitas domiciliares de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). A análise dos dados foi elaborada a partir de entrevistas, exames físicos e avaliações continuadas multidisciplinares.

**Resultados/Implicação prática:** Trata-se de idoso, sem autonomia funcional, etilista crônico, em estado de abandono familiar. Em visitas domiciliares, nota-se condições precárias, retratando vulnerabilidade. Proposto restituição da autonomia do idoso à equipe com acompanhamento sistemático e concordância familiar, para que os cuidados fossem realizados em domicílio. Conduta não institucional obteve êxito, culminando com melhor qualidade de vida, retorno de fração das suas atividades de vida diária, e diminuição das internações hospitalares. Nota-se a importância do médico de família e comunidade, na supervisão, compreensão e exploração das estruturas e funcionalidades familiares.

**Conclusão/Aprendizados:** Representa um exemplo, a ação distinta do médico de família enquanto executor de uma abordagem holística, no processo de identificação e construção do cuidado integral ao idoso. São necessárias políticas públicas que monitorem estas famílias garantindo a permanência em seus domicílios, diminuindo internações hospitalares e proporcionando os direitos dessa população no processo de envelhecimento.

**Palavras-chave:** Autonomia, Cuidados em Domicílio, Idoso, Institucionalização, Médico de Família e Comunidade.

519-1

## A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO A GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Arisleane Siqueira<sup>1</sup>; Héliada Lessa de Aragão Cardoso<sup>1</sup>; Gilmar Leal de Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PPD - Policlínica de Presidente Dutra

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Esta é uma estratégia poderosa para reduzir a morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. A gestação é um momento intimamente associado às questões que envolvem a mulher, durante o qual ocorrem mudanças físicas e emocionais que acabam por afetar seu cotidiano, refletidas em sentimentos de tristeza, alegria, incompetência, dúvida e medo, que são consequências, muitas delas, a falta de compreensão das mudanças trazidas pelo processo de gravidez. A prática da educação em saúde ao longo da gestação é fundamental, e as gestantes se posicionam melhor no acompanhamento do pré-natal, visando desconstruir alguns mitos e enxergar o momento do parto de forma positiva. Foi notável o interesse das gestantes sobre a temática desenvolvida e a participação ativa delas nas consultas, onde houve esclarecimento de muitas dúvidas, principalmente para as primigestas sobre a gravidez de alto risco. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência ocorrida no período de março a abril de 2022, acerca do acompanhamento no pré-natal das gestantes de alto risco da Policlínica de Presidente Dutra da cidade de Presidente Dutra – MA. **Metodologia:** Descrição de uma vivência profissional realizada pela equipe assistencial que contribui com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado no pré-natal. **Resultados/Implicação prática:** Durante a experiência, ficou claro que as consultas seguiram as recomendações do Ministério da Saúde, pois todas as gestantes acompanhadas realizaram mais de 7 consultas de pré-natal ampliando o conhecimento dos profissionais da área e potencializando o processo de atendimento qualificado às gestantes. **Conclusão/Aprendizados:** Como todos sabemos, a enfermagem desempenha um papel muito importante no processo de educação em saúde durante a gravidez. Nesse sentido, esforços devem ser feitos para implementar ações educativas que melhorem seu impacto na saúde física, mental e emocional da gestante durante o pré-natal alto risco. É importante que a consulta de enfermagem seja mais abrangente, deixando de ser apenas um momento de realização de avaliação obstétrica ou de vacina para a gestante, e que seja um momento para esclarecer algumas informações que estão relacionadas ao momento que elas estejam passando, garantindo assim um ciclo gravídico puerperal sem maiores intercorrências.

**Palavras-chave:** Gestantes, Pré-natal de Alto Risco, Consulta de Enfermagem.

521-3

## COMPARTILHANDO O CUIDADO COM ESPECIALISTAS DE HOSPITAL DE EXCELÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS DA APS

### Autores:

Paula Lima de Mesquita<sup>1</sup>; Laís Guimaraes<sup>1</sup>; Maraisa Pereira Sena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UBS Raimunda Algodão

<sup>2</sup>SEMUS São João do Sóter - Secretaria Municipal de Saúde São João do Sóter

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Ainda que não se possa negar que há *déficit* de oferta em algumas especialidades, uma parte substantiva do problema parece residir nos vazios cognitivos. (MENDES, 2019). **Descrição e objetivos:** Relatar experiência de profissionais da APS, enfermeira e médica, a respeito do compartilhamento do cuidado de pessoas acompanhadas na UBS Raimunda Algodão no município de São João do Sóter Maranhão, com especialista de um hospital de excelência, a Beneficência Portuguesa, remotamente. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que versa sobre as percepções dos profissionais da APS acerca de como vivenciam o compartilhamento do cuidado de forma remota com profissionais de várias especialidades do Hospital Beneficência Portuguesa. Os atendimentos são organizados previamente, a partir da estratificação de risco das condições crônicas, quando aplicável, ou após avaliação médica que sinalize a necessidade de alguma das especialidades disponíveis, entre elas: Reumatologia, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Endocrinologia e Dermatologia. **Resultados/Implicação prática:** Houve substancial avanço nas demandas que a UBS apresentava em relação aos encaminhamentos para os especialistas, reduzindo significativamente as listas de espera e colaborando para estabilização clínica das pessoas já atendidas nessa nova modalidade. Enquanto profissionais da APS, enfermeira, médica e toda equipe da UBS têm notado um grau de satisfação maior das pessoas que já tiveram seu cuidado compartilhado, o que também traz mais segurança e tranquilidade para todos os envolvidos no processo. **Conclusão/Aprendizados:** Pode-se afirmar que essa modalidade de compartilhamento de cuidado com especialistas de um hospital de excelência tem beneficiado não apenas às pessoas que são avaliadas, mas também há um ganho importante de conhecimento técnico e científico, baseado em evidências, para os profissionais da APS que estão tendo a oportunidade de vivenciar um futuro que não é mais distante, é real.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cuidado Compartilhado, Especialistas, Hospital de Excelência, Profissionais da APS.

526-1

## PLANIFICAÇÃO DA OBSTETRÍCIA DE ALTO RISCO DA REGIONAL DE SAÚDE DE SANTA INÊS NO AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DA POLICLÍNICA SANTA INÊS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA GESTÃO

### Autores:

Jamila Oliveira do Nascimento<sup>1</sup>; Ana Carolina Uruçu<sup>1</sup> Rego Fernandes

<sup>1</sup>PSI - Policlínica Santa Inês

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O produto desse trabalho discute a planificação da obstetrícia de alto risco da Regional de Saúde de Santa Inês no ambulatório especializado da Policlínica Santa Inês sob a ótica da gestão. **Descrição e objetivos:** O objetivo de descrever a construção da planificação da obstetrícia de alto risco da regional de saúde de Santa Inês no ambulatório especializado da Policlínica Santa Inês sob a ótica da gestão. **Metodologia:** O produto discute a planificação da obstetrícia de alto risco da regional de saúde de Santa Inês no ambulatório especializado da Policlínica Santa Inês. Trata-se de um relato de experiência, realizada de agosto de 2021 a outubro de 2022. As atividades foram realizadas a partir de treinamentos e reuniões com secretários, coordenadores da saúde da mulher, profissional da estratégia da atenção primária, profissionais do ambulatório especializado e apoio técnico da Secretaria de Estado da Saúde. **Resultados/Implicação prática:** Os resultados apontam para uma melhora significativa e progressiva na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) da regional de Santa Inês no que se diz respeito à Obstetrícia de Alto Risco. Na Atenção Primária à Saúde, foi organizada principalmente as estratificações de risco, organização da referência e contrarreferência, classificações de risco e o compartilhamento dos cuidados. Na atenção ambulatorial especializada foi implantado o Ambulatório de Especialidades com a tecnologia de atenção contínua, realizada por equipe multiprofissional para gestantes de alto risco estratificadas na APS e compartilhamento do cuidado. Um trabalho articulado e integralizado entre APS e AAE, alcançando resultados significativos e mobilizados por meio de uma gestão engajada. **Conclusão/Aprendizados:** A planificação ressignificou a atenção para com as gestantes de alto risco da Regional de Santa Inês, gerir a construção desse processo possibilitou uma expansão de conhecimento e de experiência. A adesão inicial foi baixa, pois não se sabia de fato quais benefícios teríamos. Com o passar das reuniões, treinamentos e o início dos atendimentos, notou-se uma melhoria e uma qualidade significativa dos pré-natais e desenvolvimento saudável dessas gestações, fluxos mais dinâmicos e rápidos aperfeiçoaram os atendimentos.

**Palavras-chave:** Planificação, Gestão, Obstetrícia, Alto Risco, Ambulatório.

528-1

## ADAPTAÇÃO DE DIRETRIZES CLÍNICAS PARA PROMOÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MEIO DIGITAL - PROJETO TELENORDESTE

### Autores:

Soraya Camargo Ito Suffert<sup>1</sup>; Stephan Sperling<sup>1</sup>; Duane Batista Rodrigues<sup>1</sup>; Fernando Moreira Gonçalves<sup>1</sup>; Tiago Kietzmann Penalves Rocha<sup>1</sup>; Pedro Henrique Ribeiro Brandes<sup>1</sup>; Beatriz de Faria Leao<sup>1</sup>; Fabiane Raquel Motter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HSL - Hospital Sírio-Libanês

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Embora diretrizes clínicas sejam fundamentais para tomadas de decisões clínicas e de gestão em saúde, seu desenvolvimento demanda elevado número de recursos humanos e financeiros. A adaptação de diretrizes clínicas já publicadas reduz a duplicação de esforços e recursos para a consolidação do uso de evidências científicas na prática clínica e o aprimoramento de competências dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS). **Descrição e objetivos:** Adaptar diretrizes clínicas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) sobre as condições clínicas mais prevalentes em solicitações de encaminhamentos da APS para atenção secundária para execução das intervenções previstas pelo Projeto “Assistência médica especializada na região Nordeste do Brasil por meio de Telemedicina – TeleNordeste”, NUP 25000.174144/2021-65 do PROADISUS do Hospital Sírio Libanês. **Metodologia:** A adaptação das diretrizes englobou quatro etapas: 1. Identificação e seleção das diretrizes disponíveis pelo MS; 2. Análise da qualidade das diretrizes por meio do instrumento AGREE-HS (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation - Health Systems*); 3. Adaptação de diretrizes clínicas para o contexto local por meio da metodologia ADAPTE e; 4. Desenvolvimento de materiais em formato amigável e digitalizável utilizando a metodologia DAK (*Digital Adaptation Kit*). **Resultados/Implicação prática:** Foram adaptadas 22 linhas de cuidado de oito especialidades médicas (cardiologia, endocrinologia, neurologia, pneumologia, psiquiatria, ortopedia, reumatologia e urologia). Estas foram disponibilizadas para os médicos da APS e estão acessíveis por meio da plataforma de teleinterconsultas como recurso a prática clínica. O processo de adaptação possibilitará o fortalecimento da coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde nos municípios integrantes do Projeto TeleNordeste, proporcionando intervenções e alocação de recursos que não comprometam a equidade do sistema e melhorem o acesso às suas ações e serviços públicos de saúde. **Conclusão/Aprendizados:** O emprego de um método validado permitiu não somente ofertar a melhor evidência disponível para os profissionais da APS, como também possibilitou uma melhor experiência de uso por meio de um formato de apresentação do conteúdo amigável e digitalizável.

**Palavras-chave:** Atenção Primária em Saúde, Qualidade do Cuidado, Diretrizes Clínicas, Coordenação da Atenção.

535-1

## IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA TELENORDESTE NA UBS LAURO BARBOSA RIBEIRO

### Autores:

Francisca Rayanne Santos Lima<sup>1</sup>;  
Nathalia Lima Lindoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O TeleNordeste visa viabilizar a implantação de teleinterconsultas conectando especialistas, equipes de saúde da família e pacientes de territórios adscritos, para que possam ser executadas teleinterconsultas dedicadas à gestão da condição de saúde dos usuários. **Descrição e objetivos:** Promover a ampliação da oferta de serviços de atenção especializada com vista à qualificação do acesso; reduzir as filas para consultas presenciais com médicos especialistas; qualificar os profissionais da atenção primária. **Metodologia:** Os usuários são atendidos pela médica da equipe para que veja a necessidade de ser encaminhados às especialidades disponíveis pelo programa. Em seguida, é feito um agendamento de acordo com a agenda disponível do médico especialista. O usuário é orientado sobre a consulta com a data e horário agendado. A teleinterconsulta é realizada por meio de videochamada entre teleinterconsultor, profissional da equipe da família e usuário beneficiado, buscando ofertar cuidado para condição clínica do usuário. Logo após, é feito o plano de cuidado do usuário e realizado o retorno programado. **Resultados/Implicação prática:** Foram agendados e atendidos cerca de 25 pacientes para as especialidades de Neurologia, Pneumologia, Endocrinologia, Dermatologia e Reumatologia de acordo com a condição clínica de cada usuário. A maioria deles foram pacientes idosos a partir de 50 anos de idade com doenças crônicas. Nesses atendimentos o usuário relata suas queixas durante a teleinterconsulta para que o especialista junto ao médico da equipe realize planos de cuidados individualizados para cada paciente, e assim orientá-los quanto ao acompanhamento entre equipe da APS e atendimento especializado. **Conclusão/Aprendizados:** Após os resultados, foi realizada uma conversa individual com os usuários acompanhados pelo programa, e foi vista a aceitação e agradecimento de cada um. Assim, o que esperamos é que o projeto envolva todas as equipes do município, para que os usuários sejam assistidos de forma especializada de acordo com sua condição e fragilidade.

**Palavras-chave:** TeleNordeste, Teleinterconsultas, Usuários, Programa.

537-1

## REDE VIX SAÚDE: REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA POR MEIO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM CURSO

### Autora:

Daniele Stange Calente<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Vitória - ES

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Rede Vix Saúde visa, por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), a reorganização dos processos de trabalho em saúde nos serviços que compõem a Rede Municipal de Saúde de Vitória - ES.

**Descrição e objetivos:** A pandemia de COVID-19, em 2020, mudou abruptamente o perfil epidemiológico de Vitória – ES, exigindo uma realocação dos recursos da saúde e a reorganização do trabalho em saúde nos diferentes níveis de atenção que vêm afetando o cuidado à saúde da população, o que é evidenciado pelos resultados no alcance dos diversos indicadores em saúde. O Rede Vix Saúde objetiva reorganizar os processos de trabalho nos pontos de atenção à saúde da Rede Municipal de Vitória e fortalecer os espaços coletivos.

**Metodologia:** O projeto Rede Vix Saúde irá se desenvolver em duas etapas: a primeira teve início em setembro de 2022 (com ciclos de oficinas e tutorias) e envolve 13 Unidades de Saúde (US). A segunda etapa, que iniciará em fevereiro de 2023, abará as demais US do município e os pontos de atenção da média complexidade. Ambas as etapas envolvem 38 tutores, sendo que três acumulam conhecimento na metodologia da PAS e são denominados, nesse projeto, de tutores-docentes por serem responsáveis pela execução da metodologia da PAS nas US Laboratório onde se dará o processo de formação dos demais tutores.

**Resultados/Implicação prática:** Com o Rede Vix Saúde, almeja-se a reorganização dos processos de trabalho nos pontos de atenção à saúde da rede municipal de Vitória, ampliando a resolutividade da Atenção Básica e a integração com a Atenção Ambulatorial Especializada, bem como o fortalecimento dos espaços coletivos para ampliação da governança. O projeto tem estabelecido, ainda, mecanismos de cogestão e apoio do nível central da SEMUS aos serviços, na medida em que foi instituído, por meio de portaria, o grupo condutor do projeto Rede Vix Saúde. O grupo condutor é composto pela subsecretária de atenção e diversos gerentes e oferece retaguarda à execução das ações estabelecidas do plano de ação local de cada serviço de saúde que escapam à governabilidade das equipes.

**Conclusão/Aprendizados:** Após a realização das duas primeiras oficinas e tutorias nas 13 US envolvidas na primeira etapa do projeto, pode-se verificar que os trabalhadores da atenção básica de Vitória estavam ansiosos pela reorganização dos processos de trabalho, tão fortemente descaracterizados pela pandemia. A avaliação das oficinas e tutorias é composta por palavras como união, aprendizado, integração e esperança.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde, Gestão em Saúde, Planejamento, Sistemas de Saúde, Atenção Básica à Saúde.

538-1

## A INTEGRAÇÃO DE CUIDADO EM REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE (RAS) FAVORECENDO O CUIDADO CONTÍNUO DA PESSOA: EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

### Autores:

Daniela Borges Coelho<sup>1</sup>; Ana Rita de Faria<sup>1</sup>; Diego Pereira Freire<sup>1</sup>; Cynthia Stockler<sup>1</sup>; Sheylla Bezerra Aguiar<sup>1</sup>; Maisa Marques Duarte Gomes<sup>1</sup>; Liliane Costa Borges Botelho<sup>1</sup>; Poliana Castro de Resende Bonati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SPDM - Associação Paulista para Desenvolvimento de Medicina

<sup>2</sup>PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A SPDM tem a APS como coordenadora dos cuidados e a partir da alta hospitalar estimula as equipes da APS para o cuidado interdisciplinar, tendo como apoio a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

**Descrição e objetivos:** Foram definidas estratégias de ação para apoiar as equipes da APS na continuidade da atenção, como tutorias de ginecologia, pediatria, psiquiatria e teleconsultorias com especialistas como neurologista, cardiologista, urologia, endocrinologia e nefrologista. A telemedicina e o apoio matricial em geriatria também foi fundamental. O objetivo é relatar a experiência do município de Uberlândia na integração entre os pontos de atenção tendo a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado. **Metodologia:** O monitoramento de dados extraídos por planilha elaborada pela SPDM das altas hospitalares associados ao estabelecimento de canais oficiais e rápidos de comunicação entre as Unidades de Saúde seja de urgência/emergência (UAI) ou do Hospital Maternidade Municipal Doutor Odelmo Leão Carneiro (HMMDOLC), permitiu a organização de um Processo de Trabalho eficaz para instrumentalizar as equipes na continuidade do cuidado ao usuário egresso de internação. **Resultados/Implicação prática:** Implantação de um sistema integrado de comunicação e atenção à saúde em rede e consequentemente cultura do cuidado contínuo pós-alta hospitalar. Houve redução de agravos de morbidades por agudização de doenças crônicas nos territórios da APS. A telemedicina e teleconsultoria foram estabelecidas como ferramentas eficazes no cuidado com a pessoa e continuidade da assistência com qualidade pela APS. Foram monitorados dados pouco conhecidos como: tempo médio de atendimento na APS após a alta que foi 36% (de 21,3 para 12,2 dias); Dos pacientes hospitalizados cerca de 6% eram diabéticos, 23,4% hipertensos, 18,4% apresentaram as duas condições. As reinternações reduziram em até três meses. **Conclusão/Aprendizados:** Conclui-se que a APS no município de Uberlândia é ordenadora da rede e coordenadora do cuidado das pessoas dos territórios. Ferramentas tecnológicas que permitem integração entre os pontos de atenção possibilitam uma assistência com qualidade e integralidade do cuidado. O manejo clínico da equipe da APS se torna cada vez mais aprimorado e os resultados alcançados reduzem gastos com hospitalização.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Saúde, Organização, Gestão em Saúde, Educação Continuada.

547-4

## AUTOCUIDADO APOIADO COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA PERDA DE PESO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Karla Cardoso Coelho Campos<sup>1</sup>;  
Inaê Eani Wanderley Oliveira<sup>1</sup>; Sirlei  
Teixeira de Souza de Moura<sup>1</sup>; Edinalva  
Pereira de Souza<sup>1</sup>; Raimunda Franklin  
Lopes<sup>1</sup>; Clenilda Aparecida dos  
Santos<sup>2</sup>; Luiz Leonardo Louzada  
Nobrega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SEMUSA - Secretaria Municipal de Saúde  
de Porto Velho

<sup>2</sup>SESAU - Secretaria de Estado da Saúde  
de Rondônia

<sup>3</sup>CEO - Nobre Lion Assessoria e  
Consultoria em Saúde Ltda

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** As causas para obesidade são consideradas multifatoriais, mas dentre elas pode-se mencionar a ausência da prática de atividade física na rotina da população. Para tanto, estratégias de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido cada vez mais recomendadas para estimular o autocuidado das pessoas com doenças e condições crônicas. **Descrição e objetivos:** A aplicação da metodologia da planificação, o ciclo de melhorias (PDSA), possibilitou a equipe identificar a grande demanda de atendimentos/intervenções a pacientes diagnosticados com obesidade e a partir desse resultado implantou-se na Unidade de Saúde da Família Renato Medeiros, localizada na capital de Rondônia, um grupo operativo para Autocuidado Apoiado. Assim, o objetivo desse estudo é relatar as experiências e contribuições do programa de Autocuidado Apoiado para perda de peso. **Metodologia:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência na Unidade Saúde da Família Renato Medeiros, em Porto Velho, Rondônia, no período de 2021 a 2022. Foram incluídos 14 participantes no grupo operativo, esses eram maiores de 18 anos, IMC acima de 30,0kg/m<sup>2</sup>, com disponibilidade, comprometimento e interesse em participar do grupo. Todos assinaram o Acordo de Convivência para os encontros com a equipe multiprofissional da unidade. **Resultados/Implicação prática:** Os participantes foram apenas monitorados por consultas clínicas. Observou-se que houve melhora significativa da dor, qualidade de vida, redução da automedicação além da perda de peso, esse último considerado primeiro objetivo que a maioria apresentou nos relatos iniciais. **Conclusão/Aprendizados:** O grupo operativo utiliza da metodologia participativa, ou seja, valoriza os limites físicos dos participantes/protagonistas do processo. Além disso, a presença da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista e educador físico) durante todas as atividades fortalecem as ações e faz com que os participantes desenvolvam a independência, tornando-os corresponsáveis pela sua melhoria e, sobretudo na qualidade de vida. Sugere-se que outras unidades de saúde que possuam uma equipe multidisciplinar, incluindo o profissional nutricionista possam realizar grupos operativos como esse.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação da Atenção à Saúde, Autocuidado Apoiado.

558-1

## ELABORAÇÃO DA PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPS III DE CAXIAS - MA: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA PARA A AVALIAÇÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

### Autora:

Amanda Cristina de Sousa Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são serviços de atenção diária em saúde mental, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Caxias (MA) possui três tipos de CAPS: O Infante Juvenil (IJ); o CAPS Álcool e outras drogas (AD III) e CAPS III. Com o advento da pandemia da COVID-19, todos os serviços de saúde mental, sobretudo o CAPS III, sentiu uma demanda quatro vezes maior que o habitual, o que gerou a necessidade de obter uma forma de avaliar o perfil destes pacientes para que pudessem organizar a assistência e provocar a estruturação da Rede de Atenção Psicossocial. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da elaboração da planilha de monitoramento dos usuários atendidos no CAPS III. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, sobre a elaboração de uma planilha de monitoramento dos usuários atendidos no CAPS III de Caxias (MA), no ano de 2021, para avaliar alguns perfis e compreender a demanda. Assim, foi elaborada uma planilha na ferramenta Excel, com alguns perfis como: nome; sexo; data de nascimento; CID; escalonamento de risco; se já esteve internado ou não; se faz parte da terapia multiprofissional do serviço ou não; município de residência, bairro de residência, UBS de referência e, se é atendimento de 1ª vez ou seguimento. A planilha é disponibilizada no computador da recepção, alimentada diuturnamente e avaliada a cada três meses pela equipe. **Resultados/Implicação prática:** Observou-se que a partir desta planilha, a equipe conseguiu perceber que 88% dos usuários atendidos não eram perfil CAPS III; possibilitou a capacitação interna da equipe sobre os transtornos mentais mais prevalentes; Identificou os bairros com maior prevalência de pacientes com transtornos mentais, bem como, a vinculação com sua equipe de saúde da família; possibilitou a identificação dos pacientes faltosos; provocou a necessidade de capacitação da APS no manejo da saúde mental e também a criação de serviços que colaborassem com a assistência aos pacientes com transtornos moderados. **Conclusão/Aprendizados:** A partir desse monitoramento, o município de Caxias garantiu a implantação do Ambulatório de Saúde Mental para atender os pacientes moderados, fomentou a qualificação da APS no manejo dos pacientes leves e fortaleceu a vinculação entre CAPS e APS.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial, Fluxo de Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial.

568-1

## ORGANIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DO PROJETO PLANIFICASUS NA REGIÃO DE ITABAIANA-SE

### Autores:

Kyzze Correia Fontes<sup>1</sup>; Bianca  
Fernanda Evangelista<sup>2</sup>

<sup>1</sup>THERAPEIA - Terapia - Claudia Aline  
de Brito Oliveira

<sup>2</sup>A&B Ltda - A&B Consultoria em Saúde  
Ltda

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** As ferramentas de planejamento (ciclo PDSA e matriz 5WS3H) do Planifica objetivam apoiar a gestão e os profissionais da APS na organização de macro e microprocessos da construção social da APS. **Descrição e objetivos:** A Consultoria do Planifica objetiva apoiar a gestão e os profissionais da APS na organização do processo de trabalho, por meio da utilização de ferramentas de trabalho e planejamento que auxiliam no diagnóstico, identificação de problemas, planejamento, no apoio e monitoramento das ações, a fim de organizar a APS e integrar à AAE. Relatar a organização do monitoramento do Projeto PlanificaSUS na região de Itabaiana-SE. Descrever as melhorias encontradas na gestão a partir do monitoramento. **Metodologia:** A equipe de consultoras em serviço, juntamente com as tutoras estaduais, sistematizou os estágios de monitoramento a ser implementado: 1- Monitoramento e-planifica: tem como objetivo verificar a atualização e alimentação da plataforma pelos tutores. 2- Monitoramento dos planos de ação: é realizado em parceria com as tutoras estaduais em reuniões. 3- Monitoramento *in loco* dos macroprocessos: visitas nos municípios para revisar os macroprocessos anteriores e visitar os planos de ação. Os estágios de monitoramento se dão concomitante ao desenvolvimento das etapas, podendo ocorrer de forma linear. **Resultados/Implicação prática:** Para o desenvolvimento das atividades utiliza-se como ferramenta de planejamento a matriz 5WS3H para estruturar o planejamento, bem como o ciclo PDSA a fim de identificar as oportunidades de melhoria nos processos de trabalho, potencializando assim a cultura do monitoramento na gestão em saúde de pública. Espera-se instrumentalizar a equipe gestora (RT estadual e tutoras estaduais) e os profissionais da APS, que são tutores do projeto à implementação da cultura do monitoramento, a fim de qualificar e organizar os processos de gestão. Além disso, é possível acompanhar a evolução dos municípios identificando as dificuldades e potencialidades na execução do projeto. Por fim, esta narrativa vislumbra a sustentabilidade do projeto após a sua finalização. **Conclusão/Aprendizados:** Com a sistematização do conhecimento e a padronização do monitoramento, implementamos as reuniões quinzenais/mensais com as tutoras estaduais para avaliar as Unidades Laboratórios e de expansão, além de estabelecer um espaço de diálogo sobre a integração do APS e AAE. Além disso, foi possível executar um cronograma de visitas *in loco* para resgatar os macro e microprocessos.

**Palavras-chave:** Monitoramento, Plano de Ação, Visitas *in loco*, e-planifica.

582-3

## IMPLANTAÇÃO DO COLEGIADO LOCAL NO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO NUMA UNIDADE INTEGRADA

### Autores:

Viviane Scandiucci Mota<sup>1</sup>; Karina Letticia Dantas Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Brasileiro Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde é um conjunto de atividades educacionais voltadas a aprimorar os conhecimentos, desenvolver habilidades dos profissionais para organização dos processos de trabalho.

**Descrição e objetivos:** Com o objetivo de avançarmos com o processo da Jornada de Acesso por meio do modelo Planifica, foi estruturado o Colegiado local na AMA/UBS Vila Prel, com a candidatura de representantes da unidade de diferentes categorias profissionais, tanto do serviço de urgência/emergência como da área da Unidade Básica de Saúde, com posterior votação e posse do Colegiado. **Metodologia:** O colegiado local foi formado por representantes da AMA e da UBS, com a finalidade de estar à frente das atividades de educação permanente estudadas na Jornada do Acesso junto às Equipes de Saúde da Família (ESF), que incluíram a discussão do território, gestão populacional e reorganização do acesso aos usuários da área de abrangência e influência. Foram realizados 6 ciclos da Jornada, com a leitura do material base junto ao colegiado, apoiador e liderança, com a realização da educação permanente juntos às ESFs, suscitando a reflexão dos dados. **Resultados/Implicação prática:** Os ciclos da Jornada do Acesso foram excelentes, pois proporcionou para a Estratégia Saúde da Família conhecimento e engajamento dos temas trabalhados sobre o processo de trabalho. Para otimização dos recursos e tempo, foi utilizado o horário da reunião técnica para os Ciclos da Jornada de Acesso. A integração dos serviços auxiliou para composição da equipe contendo diferentes categorias profissionais, bem como a interface dos serviços de promoção/prevenção, bem como o de urgência/emergência. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação do Colegiado Local trouxe aos colaboradores envolvidos o sentimento de pertencimento para elaboração dos processos de trabalho e melhorias. Outro ganho foi a interface dos colaboradores de serviços de urgência/emergência com a Atenção Primária à Saúde na modalidade de promoção e prevenção à saúde, havendo uma valorização mútua do trabalho com a gestão dos resultados.

**Palavras-chave:** Colegiado, Integrado, Planificação.



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Eixo:

O Território e a Gestão de Base Populacional



21-2

## NINHO DE CUIDADO: AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS PUÉRPERAS E AOS RECÉM-NASCIDOS NOS DOMICÍLIOS

### Autores:

Rosângela Nunes Almeida<sup>1-2-3</sup>;  
Andréia Nunes Almeida Oliveira<sup>3</sup>;  
Alison de Sousa Moreira<sup>4</sup>; Daniela  
Reis Joaquim de Freitas<sup>5</sup>; Nytale  
Lindsay Cardoso Portela<sup>3</sup>; João  
Victor Lira Dias<sup>2</sup>; Igor Souza Maia<sup>2</sup>;  
Lawanda Kelly Matias de Macedo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>2</sup> UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>3</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Aldeias Altas-MA

<sup>4</sup> HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr. Rafael Seabra

<sup>5</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Trata-se de um projeto intervencionista desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família Vila Costa Pinto, localizada no município de Aldeias Altas-MA, tendo como público-alvo as puérperas e os recém-nascidos. Para tanto, foram realizadas visitas domiciliares com essas, com vistas a fortalecer seu conhecimento sobre temáticas que refletem as condições de vida, incentivando a autonomia. **Descrição e objetivos:** Desenvolver ações educativas na atenção às puérperas e aos recém-nascidos nos domicílios da Estratégia Saúde da Família Vila Costa Pinto, em Aldeias Altas-MA. **Metodologia:** Primeiramente houve uma reunião com a ESF Vila Costa Pinto para levantamento de puérperas e recém-nascidos em sua área de abrangência. Em seguida, realizou-se visitas domiciliares semanalmente. Os assuntos abordados nas visitas foram elaborados no intuito de refletir sobre as necessidades da demanda local. Foram oferecidas rodas de conversa dialogadas por meio do modelo dialógico de educação em saúde, com temas diversificados sobre assuntos que envolvem o puerpério e cuidados com os recém-nascidos. Todas as atividades foram avaliadas pelas participantes semanalmente e ao final de cada mês. Em cada visita domiciliar foi aplicado um questionário simples, utilizando desenhos de “carinhas” para identificar como Satisfeito, Pouco Satisfeito e Insatisfeito, além de um espaço para sugestões e/ou reclamações. **Resultados/Implicação prática:** Houve mudança na postura da puérpera, demonstrando compromisso e interesse pelas temáticas. Constataram-se aumentos das consultas de puerpério na primeira semana e no final desse período, do indicador de vacina em dia no recém-nascido em 100%, do aleitamento materno exclusivo, do teste do pezinho no tempo ideal de 3 a 5 dias. Na avaliação por meio de desenhos de “carinhas” para identificar como Satisfeito, Pouco Satisfeito e Insatisfeito, a maioria sinalizou satisfeito, além de indicarem sugestões. Percebeu-se a identificação precoce dos problemas que assolam as puérperas e os recém-nascidos, fortalecendo as ações de diagnóstico, acompanhamento e tratamento, reduzindo os índices de mortalidade materna e infantil a essa população. **Conclusão/Aprendizados:** Enfatiza-se que a visita domiciliar é estratégia fundamental para o acompanhamento de puérperas e crianças e contribui para a captação precoce de agravos nesse público, bem como, busca ativa e consequentemente empoderamento da mulher no puerpério.

**Palavras-chave:** Cuidado, Educação em saúde, Puerpério, Recém-nascido, Estratégia Saúde da Família.



21-6

## AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS OFERTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UNIDADES BÁSICAS PLANIFICADAS NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS

### Autores:

Rosângela Nunes Almeida<sup>1-2-3</sup>;  
Andréia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>;  
Lawanda Kelly Matias de Macedo<sup>2</sup>;  
Daniela Reis Joaquim de Freitas<sup>3</sup>;  
Alison de Sousa Moreira<sup>4</sup>; Nytale  
Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; João Victor  
Lira Dias<sup>2</sup>; Isabela Maria Aguiar Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Aldeias Altas-MA

<sup>2</sup> UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>3</sup> UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>4</sup> HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr. Rafael Seabra

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Atenção Primária à Saúde constitui o eixo estruturante da saúde e representa o primeiro o nível de atenção, ou seja, caracteriza-se como a porta de entrada dos indivíduos e da coletividade para resolução dos problemas. Além do mais, apresenta como atributos o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação comunitária, entre outros. A Planificação da Atenção à Saúde tem como objetivo apoiar o corpo técnico e gerencial na organização dos macroprocessos da APS. Assim, a satisfação do usuário passou a ser valorizada como um indicador sensível não apenas da qualidade do serviço prestado, mas também da adesão ao tratamento, da relação médico-paciente e da adequação no uso dos serviços. **Descrição e objetivos:** Avaliar os serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas Planificadas, na perspectiva dos usuários. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa, realizada no município de Caxias-MA, pelo PCATool. Para tanto, o instrumento foi aplicado a 355 usuários, em 11 Unidades Básicas de Saúde planificadas. Assim, os usuários responderam perguntas acerca do acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidado e sistema de informação), integralidade (serviço disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e comunitária. A aplicação ocorreu durante os meses de janeiro a julho de 2019. Utilizou-se a escala do tipo *Likert* com cinco opções de resposta: “com certeza sim” (valor = 4); “provavelmente sim” (valor = 3); “provavelmente não” (valor = 2); “com certeza não” (valor = 1) e “não sei/não lembro” (valor = 9). Constituiu-se um banco de dados no *Software* Excel, consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas. O estudo obteve o parecer de ética nº 3.181.799. **Resultados/Implicação prática:** Como resultado da avaliação dos 355 usuários das 11 unidades planificadas, constatou-se que dos dez atributos avaliados, apenas 3 seguintes apresentaram alto escore: “Acesso de Primeiro Contato – Utilização” com 9,04 (IC: 8,83 - 9,25); a “Coordenação – Sistemas de Informação” com 8,71 (IC: 8,48 - 8,94) e o “Grau de Afiliação com Serviço de Saúde” com 6,67 (6,42 - 6,92). Sendo o escore essencial 6,09 e o escore geral 5,91. **Conclusão/Aprendizados:** Enfatiza-se a fragilidade encontrada no serviço disponibilizado na APS, apontando os fatores negativos, que posteriormente possam ser trabalhados para melhoria do serviço. **Palavras-chave:** Avaliação, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Usuários, Planificação.



39-1

## A EXPERIÊNCIA DO PLANIFICASUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MOITA BONITA/SE

### Autores:

Gabriel Souza Santos<sup>1</sup>; Bianca  
Fernanda Evangelista<sup>2</sup>

<sup>1</sup> RT/SMS/MB/SE - Referência Técnica  
Municipal do PlanificaSUS - Secretaria  
Municipal de Saúde de Moita Bonita/SE

<sup>2</sup> Analista de Tutoria APS - Analista de  
Tutoria da APS/PlanificaSUS/Região de  
Saúde Itabaiana

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O projeto no município abrange 4 ESF e 3 ESB, tendo participação de 146 profissionais de saúde nas programações dos *Workshops*. Justifica o trabalho para analisar uma das etapas: a territorialização.

**Descrição e objetivos:** Tem como objetivo relatar a experiência da execução do projeto PlanificaSUS na APS, no município de Moita Bonita/SE, bem como identificar e discutir resultados da territorialização, após meses de aplicação. Esse tema é abordado na Etapa 2: Território e Gestão de Base Populacional, composto por: *Workshop 2*, Oficina Tutorial 2.1 e 2.2, objetivando refletir a transição do modelo de gestão da oferta para o modelo de gestão de saúde da população, “conhecer a área para intervir com planejamento”.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto do desenvolvimento das etapas da Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Moita Bonita/SE. Discutindo resultados da territorialização, após meses de aplicação das metodologias ativas e mudanças no território, tais como: base populacional, redivisão das áreas e microáreas. Os *Workshops* são os momentos de alinhamento teórico, que abordam os conceitos centrais do PlanificaSUS. São utilizados trabalhos em grupo, estudos dirigidos, estudos de caso e sistematização das discussões em plenária. **Resultados/Implicação prática:** Participam do PlanificaSUS em Moita Bonita/SE 4 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 3 Equipe de Saúde Bucal (ESB), tendo participação de 146 profissionais de saúde nas programações dos *Workshops*. As tutorias na APS constituem-se em uma proposta metodológica de acompanhamento dos processos de trabalho, a qual considera as necessidades específicas do território das unidades de saúde selecionadas em cada município. O processo da tutoria tem como objetivo acompanhar o desenvolvimento de atividades, fortalecer competências, identificar fragilidades, refletir a prática profissional e propor pactuações com as equipes para fomentar mudanças nos processos. A cada etapa da planificação observou-se o quanto os profissionais colocavam de si em cada processo para verem acontecer na prática. **Conclusão/Aprendizados:** É possível analisar que o projeto é considerado pelos atores envolvidos um instrumento propício para organização de macro e microprocessos da APS, porém, enfrenta um desafio com alta rotatividade de profissional médico na ESF. Frente a esse desafio, cabe lembrar que a planificação da atenção à saúde é um processo dinâmico. Com ela, os trabalhadores focam na missão que lhes é dada, (CONASS, 2016).

**Palavras-chave:** PlanificaSUS, Tecnologias em Saúde, Territorialização, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente.



45-1

## EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA OS 399 MUNICÍPIOS PARANAENSES

### Autores:

Maria Goretti David Lopes<sup>1</sup>; Giseli da Rocha<sup>1</sup>; Sidney Marques<sup>1</sup>; Jéssica Oliveira de Lima<sup>1</sup>; Rosiane Aparecida da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESA/PR - Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Em 2019, o Paraná aderiu a proposta do CONASS e Ministério da Saúde para implementar a Planificação da Atenção à Saúde. Em 2020, a Sesa/PR planejou a expansão da metodologia para o estado. **Descrição e objetivos:** Expandir a Planificação da Atenção à Saúde para os 399 municípios do Paraná. Operacionalizar a Rede de Atenção à Saúde do Paraná. Fortalecer a comunicação entre os pontos da RAS, em especial a APS e AAE. Implementar o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na APS e AAE. Efetivar as Linhas de Cuidado prioritárias para o estado: Linha de Cuidado Materno-Infantil; Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*); Saúde Mental; Saúde da Pessoa Idosa. **Metodologia:** Previsto no Plano Estadual de Saúde (2020-2023) a expansão da PAS para as 22 regiões de saúde. Por meio de Resolução SESA nº 720/2021, foi instituído o Grupo Condutor Estadual do PlanificaSUS Paraná. Em 2021 foram definidos 55 tutores regionais para a APS/AAE. Atualmente, o Paraná possui 432 tutores para a APS nos municípios, e 36 tutores para AAE. No final de 2021, ocorreram os *Workshops* de Adesão, com assinatura dos termos de adesão pelos 399 gestores municipais. Em março de 2022 iniciou-se o processo de tutoria, e até novembro foram desenvolvidas as 4 etapas iniciais da PAS. **Resultados/Implicação prática:** Realizado monitoramento pela Sesa/PR em out. 2022, por meio de formulário eletrônico. Das 399 Unidades da APS, 375 delas responderam ao monitoramento (94%), e dos 36 ambulatórios, 31 deles responderam (86%). Em relação à percepção dos tutores da APS sobre as ações propostas, 204 tutores (54,4%) responderam que as ações foram aperfeiçoadas com a PAS; 160 tutores (42,6%) que foram implementados novos processos; 9 tutores (2,4%) que já existiam as ações propostas; e 2 tutores (0,5%) que não foi possível implementar as ações. Na AAE, 15 tutores (48,3%) responderam que as ações foram aperfeiçoadas com a PAS; 13 tutores (41,9%) que foram implementados novos processos de trabalho; 1 tutor (3,2%) que já existiam ações em seu serviço; 2 tutores (6,4%) que não foi possível implementar as ações. **Conclusão/Aprendizados:** A Sesa/PR tem investido na operacionalização do PlanificaSUS Paraná como estratégia para a implementação da RAS e fortalecimento das linhas de cuidado no Estado. Destaca-se que cada serviço, seja da APS ou AAE, possui características próprias e diferem em relação à estrutura física, recursos humanos e processos já implementados, o que justifica o andamento diferenciado da PAS em cada território.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde, Sistema Único de Saúde, Planejamento, Atenção Primária à Saúde, Assistência Ambulatorial.



86-1

## “CAFÉ COM IDEIAS”: A CONSTRUÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO POR MEIO DA DISCUSSÃO EM GRUPO

### Autores:

Hiago Daniel Herédia Luz<sup>1</sup>; Eduardo Augusto Barbosa Figueiredo<sup>1</sup>; Camila Gabriela Gonzalez<sup>1</sup>; Reislá Delis Silva de Almeida<sup>1</sup>; Amanda Ferreira<sup>1</sup>; Meire Borges Farnezi Fernandes<sup>1</sup>; Claudia Danyella Alves Leão Ribeiro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SMSPK - Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kubitschek

<sup>2</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O território na saúde é visto por uma perspectiva ampliada, sendo um lugar de compreensão do processo de adoecimento que sofre influência de relações socioambientais, humanas e culturais. **Descrição e objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar a ação “Café com ideias”, que foi utilizada como uma metodologia ativa para discutir a temática da territorialização. Os participantes foram distribuídos em três grupos e em cada um continha uma cartolina com uma pergunta central. Essas perguntas nortearam a discussão e nas cartolinas deveriam ser registradas todas as respostas que os integrantes achassem pertinentes para esclarecimento das perguntas centrais. **Metodologia:** Posteriormente, os participantes rodavam para a próxima estação de pergunta norteadora complementando as ideias e respostas discutidas pelo grupo anterior. Durante a reunião, foi disponibilizado um lanche para que todos pudessem saborear os alimentos e compartilhar seus pensamentos sobre as questões abordadas. A ideia proposta objetivou-se por meio da confraternização em grupo, proporcionar discussões produtivas de forma leve e descontraída relacionadas ao tema levantado. Assim, o café serviu como elo de ligação pelo fato da alimentação, de maneira geral, ter um papel social. **Resultados/Implicação prática:** Viabilizando uma maior confraternização e criação do vínculo entre os envolvidos. Após todos os integrantes passarem por todas as seções que continham as perguntas, foram debatidas as respostas em plenária e outras questões foram acrescentadas, quando necessário. Entretanto, as discussões não se esgotaram nesse “Café com ideias”, uma última pergunta ficou para ser discutida num próximo encontro, a fim de estimular a continuação das argumentações sobre a territorialização e os elementos envolvidos nesse processo: a organização da rede de saúde, fluxos e protocolos, além dos princípios e diretrizes do SUS. **Conclusão/Aprendizados:** Foi um momento de grande oportunidade de entrosamento entre os profissionais de saúde e, os presentes, avaliaram a metodologia como positiva, uma vez que permitiu a experiência de participação do processo de ensino e construção em saúde, de forma mais imersiva e descontraída.

**Palavras-chave:** Territorialização, Grupo de Discussão, “Café com Ideias”, Território em Saúde, Trabalho em Equipe.



92-1

## AVALIAÇÃO DOS MACROPROCESSOS E MICROPROCESSOS BÁSICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARANOÁ 3: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Mariana Alencar Sales<sup>1</sup>; Marina Weizenmann<sup>1</sup>; Bráulio Vieira de Sousa Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES/DF/APS/UBS3PA - Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Unidade Básica de Saúde 3 Paranoá Parque

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A construção social da Atenção Primária à Saúde - APS faz-se pelo equilíbrio entre a estrutura de demanda e da oferta. Com intuito de oferecer uma resposta eficaz às necessidades de saúde apresentadas na APS, faz-se necessário a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas – MACC, avaliação e monitoramento de macro e microprocessos que constituem a APS.

**Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da Unidade Básica de Saúde 3 Paranoá durante o processo de avaliação dos macroprocessos e microprocessos básicos da APS.

**Metodologia:** Relato de experiência da implementação das atividades da Planificação na Região de Saúde Leste do Distrito Federal, na Unidade Básica de Saúde 3 Paranoá, em setembro de 2022. A coleta dos dados foi realizada mediante entrevista dialogada e preenchimento do *checklist* aplicado por área técnica da gestão regional da APS em conjunto com a gerência local da UBS. Os dados foram organizados por meio de estatística descritiva, com discussão feita pela comparação dos resultados entre si dos macroprocessos e microprocessos.

**Resultados/Implicação prática:** Percebeu-se que, no geral, 61,4% dos macroprocessos foram avaliados como “em execução”, sendo 60% para os macroprocessos básicos; 100% para os eventos agudos, 60% para as condições crônicas, 100% para a prevenção, 50% para o administrativo. Os macroprocessos da atenção domiciliar e Autocuidado Apoiado foram considerados como “execução parcial” e o macroprocesso dos Cuidados Paliativos foi avaliado como “não executado”. Faz-se necessário considerar as fragilidades para avançar na implementação do MACC, especialmente no que se refere às melhorias dos cuidados às doenças crônicas e à atenção domiciliar, com o incentivo ao Autocuidado Apoiado da população com doenças crônicas e ou fatores de risco. Ainda, chama atenção a não execução de Cuidados Paliativos ora, não obstante haver pacientes nessa situação clínica.

**Conclusão/Aprendizados:** A experiência possibilitou avaliar a necessidade do fortalecimento das ações em serviços em saúde, com enfoque para os macroprocessos e microprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde com menor percepção de avaliação e com estratégias para melhoria das ações assistenciais que garantam os princípios, a demanda e a oferta de serviços da Atenção Básica. Ainda, permitiu ampliar a visão da gestão do trabalho e a adoção de uma postura mais crítico-reflexivo-construtivo em relação à resposta social de cuidado oferecida por essa Unidade Básica.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Unidade Básica de Saúde, Planejamento, Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis.



98-1

## O TERRITÓRIO E A GESTÃO DE BASE POPULACIONAL NA REGIÃO DE ITABAIANA-SE

### Autora:

Bianca Fernanda Evangelista<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A&B Consultoria em Saúde Ltda

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O presente trabalho aborda o Projeto PlanificaSUS na Região de Itabaiana-SE, composta por 14 municípios, contando com a participação de diversos atores operacionalizando a temática: territorialização.

**Descrição e objetivos:** Tem como objetivo relatar a experiência do projeto PlanificaSUS na Etapa 2, onde abordamos o “Território e a gestão de Base Populacional”, utilizando-se do Processo da Construção Social da APS, trabalhando o Macroprocesso e Microprocessos Básicos da APS: construção do alicerce da casa. Como também a importância do Analista no Processo de Tutoria, onde trabalhamos, junto aos tutores municipais e estaduais, com o intuito de fomentar o alinhamento teórico-conceitual e a utilização das ferramentas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado a partir do Processo de Tutoria, onde analistas trabalham juntos aos tutores municipais e estaduais os momentos do Alinhamento Pré-Tutoria, *Workshop*, Oficina Tutorial, Alinhamento Pós-Tutoria e Monitoramento. O momento de dispersão ajuda o acompanhamento junto aos analistas e tutores com esse olhar para a Etapa, onde estimulamos a utilização do Ciclo PDSA para o controle e melhoria contínua dos processos. **Resultados/Implicação prática:** O presente trabalho aborda a Região de Saúde de Itabaiana-SE, composta por 14 municípios, sendo o PlanificaSUS desenvolvido em 14 Unidades Laboratório APS e 01 AAE e 22 Unidades de Expansão da APS. Conhecendo a importância de conhecer o território e a gestão de base populacional, trabalhamos no fortalecimento do conhecimento do território, mapa do território, população cadastrada, estratificação de risco familiar e subpopulação com condição crônica identificada. Tivemos relatos positivos dos municípios, fortalecendo assim por meio de mudanças efetivas e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão das Secretarias de Estado e Municipais de Saúde. **Conclusão/Aprendizados:** É possível analisar que o projeto é um facilitador para o resgate da Estratégia de Saúde da Família (ESF), fortalecendo vínculos e estreitando barreiras na APS e AAE. Para isso, passamos ao longo do 1º e 2º triênio do PlanificaSUS por várias etapas e trabalhamos o olhar do relato de experiência para o território.

**Palavras-chave:** PlanificaSUS, Atenção Primária à Saúde, Territorialização, Analista de Tutoria APS, Monitoramento.



117-1

## A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Lidja Kalliny Gomes dos Santos<sup>1</sup>; Ionara de Souza Januário<sup>1</sup>; Glaucia Fernandes de Azevedo<sup>1</sup>; Ana Cleide Alves da Silva Marcelino<sup>1</sup>; Ana Lucia Barbosa da Silva<sup>1</sup>; Lucia de Fatima da Silva<sup>1</sup>; Maria do Carmo Pereira da Silva<sup>1</sup>; Simone Gomes da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS Jucurutu - Secretaria Municipal de Saúde de Jucurutu

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Para refletir sobre o processo de adoecimento das famílias e determinar o risco social e de saúde do território de abrangência da ESF, se faz necessário o uso de ferramentas que deem apoio à ESF.

**Descrição e objetivos:** Descrever a experiência vivenciada pela equipe da Estratégia Saúde da família Francisco Petronilo de Araújo frente à estratificação de risco familiar no território de abrangência da ESF. No município de Jucurutu esta equipe atualmente é a equipe laboratório para os processos da planificação.

**Metodologia:** A estratificação de risco familiar iniciou após a realização do *Workshop* da Planificação da Atenção à Saúde. A ESF atualmente conta com 2853 usuários cadastrados e 791 famílias, num território dividido em 5 microáreas. Para iniciar a classificação de risco familiar foi necessária a capacitação da equipe, pois até então a estratificação não fazia parte do processo de trabalho. Com a Planificação da Atenção à Saúde foi possível conhecer as ferramentas que podemos utilizar no dia a dia de trabalho, bem como a implementação destas na rotina da ESF.

**Resultados/Implicação prática:** Existem atualmente dentro do território de abrangência da ESF 791 famílias cadastradas de acordo com os critérios de risco e vulnerabilidade, a classificação por grau de risco está exposta abaixo. Classificação por grau de risco das famílias da área de abrangência da ESF Francisco Petronilo, Jucurutu-RN, Out, 2022. Classificação de risco: R3 – Risco Máximo - 33 - 4,2% das famílias. R2 – Risco Médio - 36 - 4,6% das famílias. R1 – Risco Menor - 91 - 11,5% das famílias. Sem Risco - 631 - 79,8% das famílias. A utilização da escala de classificação de risco favoreceu um reconhecimento das vulnerabilidades presentes no território, reconhecimento das famílias classificadas com um alto escore de vulnerabilidade (risco máximo) e compartilhamento das informações para toda a equipe de saúde. **Conclusão/Aprendizados:** A estratificação de risco família oportunizou a compreensão das diversas configurações familiares que necessitam de uma atenção à saúde prestada de forma diferenciada a cada família, em virtude da sua real necessidade, inclusive cultivando a intersetorialidade para a consolidação dessa atenção e a visualizar características individuais que têm impacto, negativo e/ou positivo em todo grupo familiar.

**Palavras-chave:** Estratificação de Risco Familiar, Saúde da Família, Território, Gestão de Base Populacional, Vulnerabilidades.



123-1

## A IMPORTÂNCIA DA COMPREENSÃO E SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE NO ALCANCE DA TERRITORIALIZAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO POPULACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Maria Alice Siqueira de Oliveira da Silva<sup>1</sup>; Milena Montardo Serri de Castro<sup>1</sup>; Daniel Machado Paz<sup>1</sup>; Ana Maria de Borba<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Balneário Piçarras - Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Piçarras

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS é uma ferramenta importante para o aprimoramento dos processos de trabalho, ofertando conhecimento sobre a planificação e a importância da gestão territorial na Atenção Primária. **Descrição e objetivos:** Elucidar a realização de uma oficina tutorial do PlanificaSUS em uma Unidade Básica de Saúde do município de Balneário Piçarras, em Santa Catarina. Demonstrar a importância da territorialização e estratificação de risco populacional como fundamentos do processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** A oficina tutorial ocorreu de acordo com o planejamento proposto aos tutores municipais que participaram do *Workshop 2* da Atenção Primária à Saúde (APS). Por meio da oferta de horário protegido para a realização da oficina tutorial, foi preservado um turno para que todos os integrantes da equipe pudessem participar ativamente da oficina, desde a explanação do conteúdo por meio da utilização de recursos audiovisuais e rodas de conversas até a construção compartilhada do plano de ação proposto. **Resultados/Implicação prática:** Houve a participação efetiva de toda a equipe na oficina tutorial, cujo foco foi compreender a importância de planificar a atenção à saúde. Todos chegaram ao consenso de que não é possível planejar e estruturar o processo de trabalho da APS sem o conhecimento real do território a ser coberto e sua população adscrita. Sendo assim, foi pactuado pela equipe como principal objetivo do plano de ação a construção coletiva de um mapa territorial, que fosse claro e didático não apenas à equipe, mas também a toda a população, trazendo um maior conhecimento do perfil populacional e ambiental do território, por meio da utilização de cores e legendas. **Conclusão/Aprendizados:** Pelo mapa territorial é possível a compreensão do perfil epidemiológico da população assistida e o conhecimento das potencialidades e fragilidades ali existentes, oportunizando a formulação de estratégias que impactem positivamente os usuários do serviço. As oficinas do PlanificaSUS permitem espaços de troca de conhecimentos e fortalecimento do processo de trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Atenção à Saúde, Gestão de Território, Planificação.



**131-1**

## **“JORNADA NAS ESTRELAS - HELGA”: PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO COMO FERRAMENTA DE POTENCIALIDADES**

### **Autores:**

Matheus Rangel<sup>1</sup>; Danielle Viana Ribeiro<sup>1</sup>; Deborah Schmidt Pontano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Jornada do Acesso é parte da Planificação para organização da Atenção Primária. O projeto visa discutir território e gestão de base, cadastro familiar, estratificação de risco e subpopulações-alvo. **Descrição e objetivos:** Ele permite desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários sob sua responsabilidade, baseando-se em diretrizes clínicas, de acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. O objetivo é descrever o processo de execução e das potencialidades geradas pela Jornada do Acesso na Unidade Básica de Saúde Jardim Helga, parceira da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). **Metodologia:** Utilizou-se como metodologia ativa algumas práticas problematizadoras, com uso de ferramentas didáticas e lúdicas, que trouxeram os temas de discussão em um formato que se comunicasse e acessasse o conhecimento dos profissionais e as práticas deles. Utilizou-se, também, metodologias de trabalho a partir do processo colaborativo de cogestão, atribuindo papéis aos profissionais dentro do projeto, para que pudessem administrá-los da forma como achassem melhor. **Resultados/Implicação prática:** O uso das ferramentas metodológicas proporcionou diversas potencialidades ao processo de planificação. Destaca-se: a condução dos temas propostos, a partir da realização em um ambiente externo a Unidade, de uma forma acolhedora, interativa e criativa. Houve engajamento da equipe como um todo, além do interesse sobre as reflexões geradas a partir dos temas propostos. A liderança também foi um aspecto presente em diversos momentos, seja tanto na elaboração, na discussão, quanto na condução e na replicação dos temas. Esse aspecto também se fez presente a partir do processo colaborativo de cogestão, com amplo destaque aos profissionais de categorias inviabilizadas na prática cotidiana, mas que se mostraram necessários ao terem a oportunidade de elaborar o formato de trabalho conforme gostariam. **Conclusão/Aprendizados:** A partir dos resultados apresentados, foi possível observar a importância do projeto de planificação para o serviço, ao repensar o modelo de atuação, mas principalmente ao processo de trabalho das equipes, por estimular potencialidades na esfera profissional e pessoal dos colaboradores.

**Palavras-chave:** Planificação, Atenção Básica, Educação em Saúde.



131-2

## COLEGIADO LOCAL - HELGA: UM NOVO OLHAR PARA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS

### Autores:

Danielle Viana Ribeiro<sup>1</sup>; Deborah Schmidt Pontano<sup>1</sup>; Matheus Rangel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Colegiado Local é um espaço de deliberação sobre os problemas relativos à Unidade. Como atribuição, também está o monitoramento dos indicadores e metas, permitindo, assim, uma gestão compartilhada.

**Descrição e objetivos:** Na UBS Jardim Helga percebemos um maior empoderamento e corresponsabilização a partir do colegiado local. Todas as categorias tiveram grande desempenho, em especial das ACSs, com ênfase no processo de cadastro das famílias acompanhadas na UBS. O objetivo foi descrever o processo de melhoria implementado para correção das inconsistências de cadastro realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde na UBS Jardim Helga, com apoio da área de Núcleo de Indicadores e Sistema de Informação (NISI). **Metodologia:** A equipe propôs um “Plantão das ACSs” como espaço para apoio, aprendizado e qualificação das informações. Cada dia da semana uma equipe de agentes realizava o plantão com apoio de outras ACSs com maior habilidade tecnológica e melhor domínio dos sistemas de informação. Assim, de forma colaborativa, as profissionais foram identificando os problemas e contribuindo com o processo de melhoria. Outro ponto relevante foi o apoio realizado pela equipe do NISI, que apoiou as ACSs em um segundo momento do espaço de plantão, tirando dúvidas e alinhando os processos. **Resultados/Implicação prática:** Percebemos o engajamento e participação ativa e colaborativa das Agentes Comunitárias de Saúde, impactando de forma positiva na melhoria do processo de trabalho da UBS. A partir da necessidade local, percebemos um ambiente onde os profissionais passaram a fazer o diagnóstico dos problemas, corresponsabilizando-se pela implementação de mudanças a partir de propostas e ações inovadoras. **Conclusão/Aprendizados:** A atuação das Agentes Comunitárias de Saúde foi exemplar frente às inconsistências encontradas no cadastro das famílias acompanhadas na unidade. O novo modo de fazer e pensar a organização do processo de trabalho na UBS foi fundamental para melhoria dos processos, pois percebeu-se maior comprometimento e empoderamento dos profissionais.

**Palavras-chave:** Planificação, Processo Organizacional, Atenção Básica.



133-1

## APRIMORAMENTO DA RETERRITORIALIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UBS JARDIM DAS PALMAS ESMERADO NA GESTÃO DE BASE POPULACIONAL VISANDO A MELHORIA DO ACESSO

### Autores:

Paloma Ribeiro Luna Dourado Arima<sup>1</sup>; Nanci Vaquero<sup>1</sup>; Priscila Senna Mayrbaur<sup>1</sup>; Maria Teresa Rosa<sup>1</sup>; Najila da Rocha Santos<sup>1</sup>; Bruna Caroline Viana da Silva<sup>1</sup>; Rodrigo Ribeiro<sup>1</sup>; Marcelo de Mesquita Spinola<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - Instituto Israelita de Responsabilidade Social

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Processo de reterritorialização na UBS Jd. das Palmas, situada na zona Sul da cidade de São Paulo, levando em consideração as populações sub-alvo. **Descrição e objetivos:** Em reterritorializações anteriores não considerou-se a população sub-alvo e suas necessidades, impactando na dinâmica da oferta do cuidado e ações voltadas para a saúde. Diante disso, percebeu-se a necessidade de conhecer as especificidades do território e melhorar o acesso da população ao serviço. O trabalho tem como objetivo relatar a experiência da UBS Jd. Das Palmas com a metodologia da planificação, na busca de melhorar o acesso da população, adotando a gestão de base populacional. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de reterritorialização baseado na Jornada do Acesso com a metodologia da Planificação, com foco no modelo de gestão de saúde da população, identificando a população adscrita de cada equipe, dimensionando conforme suas necessidades de saúde, na UBS Jd. das Palmas, situada na zona Sul da cidade de São Paulo. A equipe iniciou a Jornada do Acesso em abril de 2022 após a seleção do colegiado local, com função de conduzir as discussões e processos internos da UBS, replicando a metodologia para os demais colaboradores nos encontros periódicos. **Resultados/Implicação prática:** Nas atividades realizadas refletiu-se sobre territorialização, cadastro familiar, estratificação de risco e subpopulação-alvo, adotando o documento do PlanificaSUS-Macroprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde. Com a implantação da “Colmeia Digital”, instrumento que digitaliza o cronograma de visita dos Agentes Comunitários, foi feita a construção do mapa inteligente com o auxílio de uma matriz com identificação da população sub-alvo e ícones lúdicos nos endereços, para melhor visualização no mapa, sendo determinante para a reterritorialização. Para mergulhar no território utilizou-se o instrumento do PowerBI, a fim de estratificar os dados da população. A reterritorialização está em processo com desafio de demonstrar aos usuários a necessidade da redivisão de forma qualificada. **Conclusão/Aprendizados:** Com a reterritorialização, a equipe ampliou o olhar para as necessidades do território. A cultura organizacional está sendo reconstruída, a fim de proporcionar ao paciente a melhor experiência no serviço de saúde, a partir da busca por uma visão crítica e sistematizada, que busca colocar em prática os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: universalização, equidade e integralidade.

**Palavras-chave:** Acesso, Gestão, População, Reterritorialização, Saúde.



174-1

## DESAFIOS DA INFORMATIZAÇÃO NO PROCESSO DE CADASTRO, ESTRATIFICAÇÃO RISCO FAMILIAR E RISCO DAS SUBPOPULAÇÕES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Andreas Brehme Monteiro de Carvalho<sup>1</sup>; Laise Cristina de Seixas Lisboa Abreu<sup>1</sup>; Irlene do Nascimento França<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMSJ - Prefeitura Municipal de Mata de São João

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde configura-se como um potente dispositivo de reorganização dos processos de trabalho nas redes de atenção à saúde, e vem sendo implementada no município de Mata de São João, que atualmente é vitrine do estado da Bahia como unidade laboratório central. **Descrição e objetivos:** A Unidade de Saúde José A. Gonçalves se encontra na Etapa 08, e concomitante a isso mais 11 unidades do município estão no processo de expansão, concluindo a etapa 01. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência do processo de informatização a partir das etapas do PlanificaSUS. **Metodologia:** A construção desse trabalho se deu por relatos de colaboradores, usuários do sistema de informação, de como a informatização contribuiu para seus processos de trabalho. Essa etapa se fez muito importante, pois durante os avanços das etapas, frente à necessidade de implementar novas ferramentas, se fazia necessário elaborar formas de fazer o processo ser mais rápido e de fácil visualização dos resultados obtidos. Além disso, profissionais do setor de informática desenvolveram papel primordial atendendo as demandas informadas por quem usava o sistema na ponta. **Resultados/Implicação prática:** A estratificação de risco familiar era realizada de maneira manual, o que não conferia aos agentes comunitários visualizar em tempo real quais famílias apresentavam risco de cor vermelha e demandar para essa população uma atenção ao dimensionar suas visitas diárias, partindo dessa necessidade, foi inserido no sistema de informação MV a opção dos ACS preencherem automaticamente esse risco ao realizarem a composição familiar, e aplicar filtros de pesquisas de acordo ao risco desejado. A aba de estratificação de subpopulações também foi adicionada ao sistema, permitindo que os profissionais de nível superior pudessem visualizar pacientes de alto e muito alto risco, além de preencher informações de situação cardiovascular no ato da consulta e obter a classificação desse paciente mediante alterações em seus resultados de exames. **Conclusão/Aprendizados:** Diante disso, foi possível observar maior otimização de tempo e customização da oferta de cuidado para a população que é acompanhada pela unidade de saúde em questão, associado a isso, observou-se que os processos de linha de cuidado pode ser fornecido de forma equalitária, com atenção maior para população de muito alto risco.

**Palavras-chave:** Territorialização, Cadastro, População, Risco, Estratificação.



187-1

## MELHORIA DO ACESSO POR MEIO DA ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR SUL EM UBERLÂNDIA-MG

### Autores:

Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rubia Pereira Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup> CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A capacidade de um sistema de saúde em responder às demandas da população está relacionada ao tempo de espera da pessoa usuária, sendo necessário medir este tempo nas unidades de Atenção Primária.

**Descrição e objetivos:** Avaliar o tempo de espera das pessoas usuárias em sete (07) equipes de estratégias de saúde da família, do bairro Shopping Park do setor Sul, unidades sob gestão da Missão Sal da Terra, que passam pelo processo de expansão da Planificação da Atenção à Saúde, de acordo com a oficina tutorial “O acesso na Atenção Primária à Saúde”, medindo o horário de chegada na unidade de saúde até sua saída, separando os tempos produtivos e de espera, entre cada etapa de seu atendimento. **Metodologia:** Foi realizado um alinhamento conceitual sobre o acesso na APS e apresentado o instrumento para avaliar o ciclo de atendimento. As equipes foram orientadas a acompanhar as pessoas e anotar detalhadamente o tempo e o que ocorre neste circuito desde a chegada à unidade até o fim de seu atendimento, anotando todas as observações e impressões em cada local de atendimento, a partir dos perfis de ofertas para: consultas programadas (gestantes, crianças, hipertenso/diabético, idoso), vacinação, curativo, saúde bucal, coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero e de patologia clínica. **Resultados/Implicação prática:** Cada equipe acompanhou em média 8,5 pessoas, totalizando 60 ciclos de atendimento. Os tempos de espera depois que a pessoa saiu da recepção para sala de vacina, curativo, consulta programada, exame preventivo, pré-natal, saúde bucal e coleta de sangue foram respectivamente de 9', 17', 28', 33', 34', 39' e 83 minutos. Com relação ao tempo de permanência na unidade de saúde desde a chegada até a saída para quem vai vacinar é de 25', para consulta programada 55', coleta exame preventivo 74', consulta de pré-natal 77', saúde bucal 77' e coleta de sangue de 102 minutos. Observa-se que os tempos de espera depois de ser atendido na recepção para o atendimento é muito bom, variando de 9 minutos para receber uma vacina e em média 28 minutos para ser atendido na consulta programada. **Conclusão/Aprendizados:** A organização do acesso das pessoas, com hora marcada e programada no caso das condições crônicas e com garantia do seu retorno, propiciou um tempo de espera satisfatório na maioria dos ciclos atendimento. As equipes após discussão dos resultados trouxeram a reflexão sobre aprimorar os processos de trabalho nos ciclos que apresentaram os maiores tempo de espera que não eram produtivos.

**Palavras-chave:** Acesso, Atenção Primária, Organização.



190-1

## A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE BOMBINHAS-SC

### Autora:

Marluci dos Santos Gonçalves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBS Canto Grande - Unidade de Saúde  
Canto Grande

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS tem como objetivo capacitar as equipes de saúde para organizarem o acesso aos serviços de saúde de forma integrada entre a rede de APS e AAE. Para isso, no ano de 2019, o Município de Bombinhas fez adesão ao PlanificaSUS, designando a UBS do Canto Grande como a unidade laboratório. Nessa fase a equipe teve a oportunidade de recadastrar sua população territorial, e a partir desse processo pode elaborar ações de prevenção e promoção a saúde. **Descrição e objetivos:** Esse artigo tem como objetivo relatar a experiência que a UBS do Canto Grande teve com a implantação da planificação no serviço da Atenção Primária em Saúde. **Metodologia:** Este artigo descreve o relato de uma ação em saúde prestada à comunidade da Praia da Tainha, após a execução da fase de Territorialização e Gestão de Base Populacional, juntamente com a fase da Gestão do Cuidado do PlanificaSUS na Unidade Laboratorial da Unidade de Saúde do Canto Grande, Município de Bombinhas (SC), região da AMFRI. A ação foi realizada no dia 18 de outubro de 2021, após ter sido identificada a dificuldade do acesso até o serviço de saúde. Para a realização dessa ação foi necessário a composição de uma equipe de saúde que ofertou os atendimentos no local. **Resultados/Implicação prática:** A ação teve início às 08:30 horas da manhã e término às 16:00 horas. Foram realizadas 14 consultas médicas, 11 consultas odontológicas, 6 testes rápidos, 4 coletas de preventivo e 16 aferições de pressão arterial e hemoglicoteste. Ficou decidido entre a equipe, que semestralmente será realizado o atendimento para essa comunidade para que possamos acompanhá-los. E mensalmente a ACS será o elo entre a comunidade e a unidade, trazendo suas demandas e necessidades, para que possamos discutir junto com os demais membros da equipe para que assim possamos elaborar planos de cuidado. **Conclusão/Aprendizados:** Com o término da ação, podemos concluir que o acesso ao serviço não basta estar com a porta da Unidade de Saúde aberta ofertado o atendimento dentro da unidade, e sim, que o acesso é elaborar estratégias de cuidado humanizado, é ter a equipe mais perto do usuário, garantindo que eles se sintam parte do processo da Gestão do Cuidado.

**Palavras-chave:** Humanização, Atenção Primária, Territorialização.



190-3

## A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE BOMBINHAS: ATENDIMENTO NA COMUNIDADE DA PRAIA DA TAINHA

### Autores:

Marluci dos Santos Gonçalves<sup>1</sup>; Paola Martins Ozório Cristofari<sup>1</sup>; Mimária Fernanda Brás<sup>1</sup>; Mariane Maria Antônia Borges<sup>1</sup>; Juçara Eloiza da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBS Canto Grande - Unidade de Saúde Canto Grande



**Descrição e objetivos:** A partir do recadastramento territorial e pensando no acesso ao serviço, a equipe se deslocou até a comunidade da Praia da Tainha que fica a cerca de 5km de distância da UBS e levou o serviço de saúde para as 15 famílias que residiam ali. Esse artigo tem como objetivo relatar a experiência que a Unidade de Saúde do Canto Grande teve com a implantação da planificação no serviço da Atenção Primária em Saúde. A Comunidade da Praia da Tainha, que fica a cerca de 5km da Unidade de Saúde do Canto Grande, pouco buscava o serviço. A não adesão ao serviço se dava pela dificuldade de chegar até a Unidade de Saúde, visto que a estrada é íngreme, de chão batido, ficando impossibilitado o tráfego de veículos nos dias chuvosos. Parte dessa comunidade, que é composta por 15 famílias, não tem transporte próprio, tendo que se deslocar até a unidade por caminhadas por meio de trilhas ou pelo mar em um barco. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Humanização, Atenção Primária, Territorialização.





191-1

## TÃO BÃO PLANIFICAR!

### Autora:

Sheila Cristina de Souza Pinheiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Areia Branca



**Descrição e objetivos:** Paródia ritmo baião escrita a partir da observação de necessidade de criação de uma ferramenta de aprendizagem como estratégia para tutoria do *Workshop* no mês de junho do respectivo ano, por se tratar do mês que comemora os festejos juninos, contribuindo para descontração e abertura do tutor, quebra-gelo com os profissionais presentes, a fim de que eles desenvolvam por meio da música habilidades como: memória e aprendizagem, de maneira prazerosa, resgatando processos de etapas anteriores. Paródia realizada no dia do *Workshop* referente à Etapa 6 da planificação com os profissionais que fazem parte da unidade laboratório da clínica de saúde da família Dr. Christtiano Oliveira de Almeida, no município de Areia Branca, estado Sergipe, na região de saúde Itabaiana. O texto demonstra à equipe a importância da planificação, paródia baseada na música original Asa Branca escrita por Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira, com cerca de 3 minutos de duração. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Planificar, Território, Gestão da Saúde, Equipe, Macroprocessos.

## I Conferência Nacional da Planificação da Atenção à Saúde

### Tão Bão Planificar

QUANDO OLHEI O PLANIFICA, NÃO IMAGINEI QUE SERIA BÃO,  
EU PERGUNTEI A DEUS DO CEU UAI! SE JÁ VIRIA MAIS TRABALHÃO;  
EU PERGUNTEI A DEUS DO CEU UAI! SE ESSE NEGOCIO PRESTAVA NÃO.  
QUE PROJETO CHEIO DE PALAVRAS, MUITAS COISAS PRA NÓS ESPIAR;  
MACROPROCESSOS, MICROPROCESSOS E UMA CASA PARA SE AVEXAR!  
APS, ESPECIALIZADA E UM TERRITORIO PRA NÓS CUIDAR.  
SE AVEXE NÃO! VAMOS ENTENDER! O QUE TRAZ DE BÃO PLANIFICAR!  
A SUA EQUIPE VAI, REAPRENDER PADRONIZAR, ORGANIZAR!  
A SUA EQUIPE VAI CONHECER TODO TERRITORIO E O CADASTRAR!

LINHA MATERNO INFANTIL É O FOCO NO MOMENTO!  
MAS O QUE APRENDEMOS COM O PLANIFICA, SÓ EXPANDE  
CONHECIMENTOS!  
NECESSIDADES PRIORIZADAS POPULAÇÃO ESTRATIFICADA.  
ENTÃO SIMBORA APS! EM AREIA BRANCA PLANIFICAR TA BÃO DEMAIS.  
GESTÃO DA SAUDE DA POPULAÇÃO É O MODELO QUE LARGAMOS MAIS  
NÃO  
AINDA TEMOS PLANO DE AÇÃO QUE NOS GUIA EM TODA GESTÃO.



192-5

## PLANIFICASUS EM PERNAMBUCO: INOVAÇÕES NA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS

### Autores:

Maria Janailma Souza Santos<sup>1</sup>; Aline Cordeiro Cavalcante<sup>1</sup>; Paula Vanessa Holanda da Silva<sup>2</sup>; Ana Carolina Coelho de Almeida<sup>3</sup>; Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SMS Belo Jardim - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Jardim

<sup>2</sup> UBS Santo Antônio - Unidade Básica de Saúde da Família Santo Antônio I, II e III

<sup>3</sup> SESA PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

<sup>4</sup> IIRS - Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Um dos maiores desafios das 23 unidades de saúde que se encontram em processo da Planificação da Atenção à Saúde no município de Belo Jardim é a ausência de atualização da divisão territorial e remapeamento das unidades, o que impacta diretamente na efetivação da gestão de base populacional. De acordo com a PNAB, os territórios são essenciais para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário da população, sendo a territorialização considerada um macroprocesso básico do PlanificaSUS. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência do processo de retomada da territorialização e de cadastro nas unidades de saúde, de forma a estimular a efetivação da estratificação do risco familiar e identificação das subpopulações com condição crônica. **Metodologia:** Foram realizadas reuniões de sensibilização por parte da gestão municipal, seguida da apresentação dos ACS de dados e informações do seu território. A partir daí iniciou-se o registro/desenho do mapa, a fim de favorecer uma posterior análise comparativa das áreas remapeadas. Com apoio das ferramentas de georreferenciamento, seguiu a redefinição das áreas de cobertura por áreas e contagem populacional de ruas a partir de visitas às residências. Após a elaboração/revisão de cada, a equipe realizava alinhamentos de processos de trabalho e ajustes de cadastros em sistemas. **Resultados/Implicação prática:** Destaca-se que após remapeamento, muitas áreas descobertas foram contempladas, além do conhecimento da população real do município, com distribuição equânime entre os ACS e a necessidade de reforço ao processo de cadastro e trocas de cadastros, o que vem permitindo avançarmos numa perspectiva da gestão com base populacional. Tal estratégia permitiu também ampliar a visão de cada unidade geográfica, subsidiando a atuação das equipes para atendimento às necessidades de saúde da população. **Conclusão/Aprendizados:** O PlanificaSUS constitui-se como potente método de abordagem na qualificação da AB municipal ao impulsionar mudanças contínuas na prática dos profissionais. A contínua mobilização e envolvimento dos ACS é fundamental para a territorialização e conseqüente organização do cuidado integral.

**Palavras-chave:** Territorialização, Atenção Básica, Cadastro Populacional.



208-1

## AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Aline Leopoldina Silva<sup>1</sup>; Ana Luiza Rodrigues Inácio<sup>1</sup>; Larissa Peres<sup>1</sup>; Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rúbia Pereira Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup> CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Diante da importância da padronização dos processos na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), foi aplicado *checklist* para avaliação do estágio da construção social nas unidades de saúde do setor Sul em Uberlândia. A PAS teve início na unidade laboratório desse setor municipal e, posteriormente houve a expansão para as demais equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo importante avaliar como está a organização dos processos de trabalho nas demais. **Descrição e objetivos:** Compartilhar a experiência da aplicação de *checklist* para avaliação do estágio da construção social da APS em ESF do setor Sul no município de Uberlândia - MG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve o processo avaliativo do estágio de implantação dos macros e microprocessos da construção social da APS entre equipes sob gestão da Missão Sal da Terra/SMS. **Resultados/Implicação prática:** A aplicação do *checklist* ocorreu em outubro/2021 em 26 ESF, e foi elaborado a partir dos macros e microprocessos da construção social da APS, onde alguns itens foram avaliados por meio dos relatórios de gestão do prontuário eletrônico e a avaliação dos processos de trabalho *in loco* nas unidades da APS. O instrumento possui 130 itens com possibilidades de respostas “sim”, indicando Conformidade, e “não”, Não Conformidade (NC), e as perguntas são direcionadas à equipe assistencial. Após a tabulação dos dados, constatou-se que 20 ESF apresentaram 80% ou mais de conformidades, sendo que a unidade laboratório da Planificação foi a que apresentou melhores resultados, com 94% de conformidade, sendo considerada o *benchmarking*. Dentre as seis ESF com desempenho abaixo de 80%, cinco são ESF que iniciaram a implantação da Planificação em setembro de 2021, e uma ESF possui uma população vinculada superior a quatro mil pessoas, apresentando um resultado de conformidades de 74%. O menor resultado de conformidade encontrado foi 70%. Foram elaborados planos de ação específicos para cada ESF de acordo com o resultado de não conformidades. **Conclusão/Aprendizados:** A avaliação do estágio de desenvolvimento da construção social é de fundamental importância para o processo de expansão da Planificação, sendo o uso do *checklist* uma estratégia de sucesso, apresentando os pontos que necessitam de melhorias.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão da Saúde da População, Avaliação de Processos e Resultados.



208-2

## MATRICIAMENTO COMO TECNOLOGIA NA EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO EM EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Aline Leopoldina Silva<sup>1</sup>; Ana Luiza Rodrigues Inácio<sup>1</sup>; Larissa Peres<sup>1</sup>; Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rubia Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup> MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup> CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Entendendo a necessidade da utilização de tecnologias que apoiem a expansão da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), foi instituído no setor Sul do município de Uberlândia/MG o matriciamento, tecnologia leve e que auxilia as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na identificação dos macros e microprocessos, da construção social, frágeis e que necessitam de melhorias por meio da construção de um plano de ação com metas e responsabilidades de cada profissional de saúde. **Descrição e objetivos:** Compartilhar a experiência do matriciamento como tecnologia primordial na expansão da PAS em ESF do setor Sul no município de Uberlândia – MG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve o matriciamento realizado com as EsF sob gestão da Missão Sal da Terra/ SMS. **Resultados/Implicação prática:** O processo denominado matriciamento consiste na aplicação de instrumento avaliativo, construção de um plano de ação e relatório de devolutivas com resultados alcançados. A aplicação do *checklist* ocorreu entre agosto e outubro/2022 com 25 ESF, sendo que 19 já apresentaram o relatório de devolutivas após um mês de vigência do plano de ação. O instrumento possui 79 itens com possibilidades de respostas “sim”, indicando Conformidade, e “não”, Não Conformidade, e as perguntas são direcionadas à equipe assistencial. Além disso, alguns itens são avaliados pela extração dos relatórios de gestão do prontuário eletrônico – Fastmedic. Após a tabulação dos dados, constatou-se que a média geral de conformidade foi de 78%. Das 25 ESF avaliadas, 18 tiveram média igual ou superior à média geral, sendo que a unidade laboratório da PAS foi a que apresentou melhores resultados, representando 92% de conformidade dos itens avaliados. Dentre as sete ESF com desempenho abaixo de 78%, seis já apresentaram o relatório de devolutivas e todas tiveram bons desempenhos, evoluindo de uma média de 75% para 83% após a implantação de estratégias de melhorias. A realização do ciclo avaliativo e a manutenção dos indicadores, bem como a busca por constantes melhorias, apresentam-se como os principais desafios. **Conclusão/Aprendizados:** O matriciamento corrobora com o processo de expansão da PAS e reforça o compromisso da instituição com o fortalecimento da APS do município. Além disso, contribuiu com a participação de toda a equipe assistencial para o cumprimento do plano de ação proposto e posterior apresentação dos resultados.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Gestão da Saúde da População, Avaliação de Processos e Resultados.



220-1

## PROJETO SAÚDE EM REDE: REORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM REDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ROSÁRIO DA LIMEIRA-MG

### Autores:

Miriam de Oliveira Ávila Moreira<sup>1</sup>;  
Renata Cristina Aparecida Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMRL - Prefeitura Municipal de Rosário da Limeira

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Para melhor compreensão dos propósitos do Projeto Saúde em Rede é importante situarmos aspectos apontados por Mendes (2011) no processo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). **Descrição e objetivos:** O autor destaca que a eficácia dos sistemas gerenciais está relacionada ao processo de territorialização, planejamento estratégico, contratualizações, monitoramento e avaliação. Neste sentido, a Secretaria Estadual de Saúde/ES. Pública-MG, por meio da Resolução SES/MG Nº 7.784 de 2021, institui Projeto Saúde em Rede. Reestruturação da RAS, reorganização dos processos de trabalho da APS e da AAE, fortalecimento das linhas de Cuidados Materno-Infantil, Hipertensão Arterial e Diabetes. **Metodologia:** Após a adesão ao projeto, a Secretaria Estadual de Saúde e Escola de Saúde Pública realizaram capacitações dos tutores municipais, por meio de metodologias ativas em oficinas presenciais. O município de Rosário da Limeira-MG aderiu à proposta estadual em novembro de 2021, tendo como atribuições disponibilizar tutores para realizar dezessete oficinas municipais, que corroboraram na organização dos processos de trabalho no território de responsabilidade sanitária na Unidade laboratório Jozina Braga, permitindo pelo diagnóstico situacional a análise de fragilidades, desafios e potencialidades. **Resultados/Implicação prática:** O projeto proporcionou a Promoção da Educação Permanente fortalecendo o macroprocesso da gestão do trabalho e educação na saúde; empoderamento da gestão compartilhada pela implantação do colegiado gestor; reorganização das normas e rotinas, por meio da atualização e implantação dos procedimentos operacionais padrão; fortalecimento e reorganização das ações de imunização; reconhecimento das atribuições e integração da Atenção Primária a Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada, resultando na reorganização de fluxos interno e externo quanto ao acolhimento, à atenção a evento agudos e crônicos, referência e contrarreferência; revisão das práticas de territorialização, atualização de cadastros, classificação do risco familiar, elaboração coletiva do mapa inteligente. **Conclusão/Aprendizados:** O recurso financeiro oriundo do projeto possibilitou a inovação da ambiência e espaço de cuidado na UBS. O modelo do diagnóstico fora compartilhado em pesquisa científica da Universidade Federal de Goiás, como fonte para a avaliação comparativa de processos de trabalho dos municípios de Rosário da Limeira MG, Taubaté-SP e Piranhas-GO, sendo referência para APS nesses municípios em outros estados.

**Palavras-chaves:** Reorganização, Cuidado, Rede, Atenção Primária, Saúde.



**228-1**

## **VACINAÇÃO EXTRAMUROS COMO ESTRATÉGIA PARA DIMINUIÇÃO DA TAXA DE VACINAS ATRASADAS EM CRIANÇAS MENORES DE 02 ANOS**

### **Autora:**

Francineide das Chagas do Nascimento Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UAPS Santo Antônio - Unidade de Atenção Primária de Saúde Santo Antônio

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Atualização da carteira de vacinas de crianças menores de 2 anos. Identificação de crianças com atrasos vacinais. Realização de estratificação desse grupo e conhecimento adequado desse grupo. **Descrição e objetivos:** Crianças com atraso vacinal. Atualizar vacinas desse grupo, implantação de um método. Vacinação extramuros. **Metodologia:** Estudo descritivo e quantitativo, do tipo relato de experiência, onde narra-se uma experiência vivenciada em uma ação realizada na área de abrangência da equipe de saúde Olho D'aguinha, da Unidade Atenção Primária de Saúde (UAPS) Santo Antônio. **Resultados/Implicação prática:** Como resultado da ação implementada obteve-se o total de 28 vacinas atualizadas. Sendo 19 vacinas realizadas na área e 9 vacinas realizadas na UAPS. A cobertura vacinal da equipe apresentou melhora significativa. Observa-se que cada ACS teve mudança no quadro das crianças que apresentavam vacinas atrasadas. Logo, a participação e empenho de todos foi essencial para o sucesso dos resultados da ação.

**Conclusão/Aprendizados:** A progressão metodológica de uma vacinação passiva (quando as mães vão até o local de vacinação) para uma vacinação ativa (quando a equipe de vacinação vai até as mães) exibiu resultados benéficos como aumento da abrangência de crianças vacinadas.

**Palavras-chave:** Vacinação, Criança, Planificação.



248-4

## A ORGANIZAÇÃO DO FLUXO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA: IMPACTO PARA A PUERICULTURA EM UM MUNICÍPIO NO MARANHÃO

### Autores:

Emília Priscila Andrade dos Santos E Silva<sup>1</sup>; Marisa Araújo Costa<sup>2</sup>; Erlanne Livia Dias Batista<sup>2</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>2</sup>; Elane Maria Azevedo dos Reis<sup>2</sup>; Erick Michell Bezerra Oliveira<sup>2</sup>; Andreia Nunes Almeida Oliveira<sup>2</sup>; Shirley Dayane Santana da Silva Almones<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UBS Baixinha - Unidade Básica de Saúde Baixinha

<sup>2</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Caxias, localizada no Maranhão, tem população de 165.525 pessoas e organiza a linha Materno-infantil, com todos os municípios da regional, desde 2016, por meio da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS). A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materno-infantil, trouxe muitos impactos positivos, entre eles a vinculação das crianças para a puericultura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atualmente, 100% das UBS (38 UBS e 57 ESF) organizam seus serviços por meio da proposta da PAS. Anteriormente à Planificação, as equipes de Saúde da Família (eSF) das UBS tinham dificuldade em vincular as crianças para a puericultura, pois contava-se com um local de atendimento, o Centro Especializado de Atenção Materno-infantil (CEAMI), contendo um quadro de profissionais, 8 pediatras com atendimento “porta aberta”, sem critérios de risco e estratificação. As mães levavam as crianças ao pediatra e sem necessidade de formulário compartilhamento do cuidado. Com a PAS, os profissionais da APS foram qualificados e iniciaram a vinculação das crianças para estratificação de risco e cuidado contínuo. O município organizava o CEAMI, no formato do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), para o atendimento de qualidade as gestantes e crianças de Caxias.

**Descrição e objetivos:** Relatar o impacto na vinculação das crianças, nas eSF, após organização do fluxo entre APS e AAE. Evidencia-se esta organização pelos números de atendimentos das crianças de 0 a 2 anos, realizados pelos médicos e enfermeiros em eSF em UBS laboratório para PAS. **Metodologia:** Buscou-se os relatórios, fornecido pelo e-SUS - PEC. Foram obtidos dados de 3 eSF, da PAS, de Caxias (UBS Baixinha, Cohab e Trezidela). **Resultados/Implicação prática:** Em 2017, foram atendidas 294 crianças de 0 a 2 anos pelos médicos e enfermeiros, nas eSF. em 2018, foram 713 e em 2019, 885 atendimentos. **Conclusão/Aprendizados:** Houve um aprimoramento do cuidado e qualidade na assistência deste público, garantindo assim que as crianças estratificadas como Alto Risco (AR) pudessem ter seu cuidado compartilhado com o CEAMI, de forma efetiva e eficiente também para o sistema de saúde. A estratificação de risco e vinculação das crianças de AR ao CEAMI é uma das formas de operacionalizar os princípios do SUS, principalmente a Equidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação, Puericultura, Saúde Materno-Infantil, Serviços de Saúde.



248-5

## DIVULGA APS: O USO DA RÁDIO COMO ESTRATÉGIA DE INFORMAÇÃO COLETIVA DA SAÚDE EM UMA CIDADE DO MARANHÃO

### Autores:

Marisa Araújo Costa<sup>1</sup>; Andreia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Erlanne Lívia Dias Batista<sup>1</sup>; Shirley Dayane Santana da Silva Almones<sup>1</sup>; Elane Maria Azevedo dos Reis<sup>1</sup>; Fernanda Angélica Vilanova Assunção Almeida<sup>1</sup>; Erick Michell Bezerra Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-MA

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde iniciou na Região de Saúde de Caxias em 2016, é entendida como uma metodologia que permite a organização da rede de atenção à saúde e utiliza o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) como logística de uso dos serviços e ações que compõem as redes de saúde, a fim de melhorar a resolutividade da assistência prestada aos usuários. Singularidades no Sistema Único de Saúde fizeram com que Eugênio Vilaça Mendes desenvolvesse o MACC, sob influência de outros modelos já existentes (Modelo de Atenção Crônica, Modelo da Pirâmide de Risco e Modelo da Determinação Social da Saúde). Apresenta cinco níveis de intervenções de saúde sobre os determinantes e suas populações (intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos e condições e gestão do cuidado e da clínica). No nível 1, encontra-se a população total que recebe intervenções de promoção da saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência do uso de programa de rádio como ferramenta para promoção da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a inclusão de temas relacionados à saúde como pautas de um programa de rádio local. Em outubro de 2022, o Programa Pela Manhã incluiu na sua programação, o quadro “Divulga APS”, que é transmitido às segundas-feiras, às 07:30h, durante 30 minutos, pela Rádio Guanaré (105.9 FM) de Caxias-MA. Os temas são debatidos pelo apresentador do programa e profissionais da equipe técnica da Coordenação da Atenção Primária à Saúde do município. **Resultados/Implicação prática:** Foram realizadas duas transmissões. Na primeira, foi discutido sobre o Sistema Único de Saúde. Na segunda, a pauta foi Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS). Não há quantidade limite de programas, apenas o horário fixo será garantido. Além de poder ser ouvido diretamente pelo rádio, o Programa também é transmitido pelo *Facebook*. Um link é disponibilizado para as equipes para ser compartilhado em grupos com a comunidade. **Conclusão/Aprendizados:** Levar as informações em forma de educação coletiva à população se torna uma estratégia de promoção da saúde, divulgação e conhecimento, principalmente sobre carteira de serviços da APS, formas de organização de trabalho, bloco de horas, importância do início do pré-natal antes de 12 semanas, pré-natal do parceiro, Saúde Mental na APS, entre outros temas. O programa de rádio foi escolhido por ter um alcance maior, levando informações para toda a população, inclusive as mais vulneráveis e moradores da zona rural.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Modelos de Assistência à Saúde, Planificação, Promoção da Saúde, Sistema Único de Saúde.



267-1

## PROCESSOS DE TRABALHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA METÁFORA DA CASA

### Autora:

Naipy Abreu Brunozi<sup>1</sup>

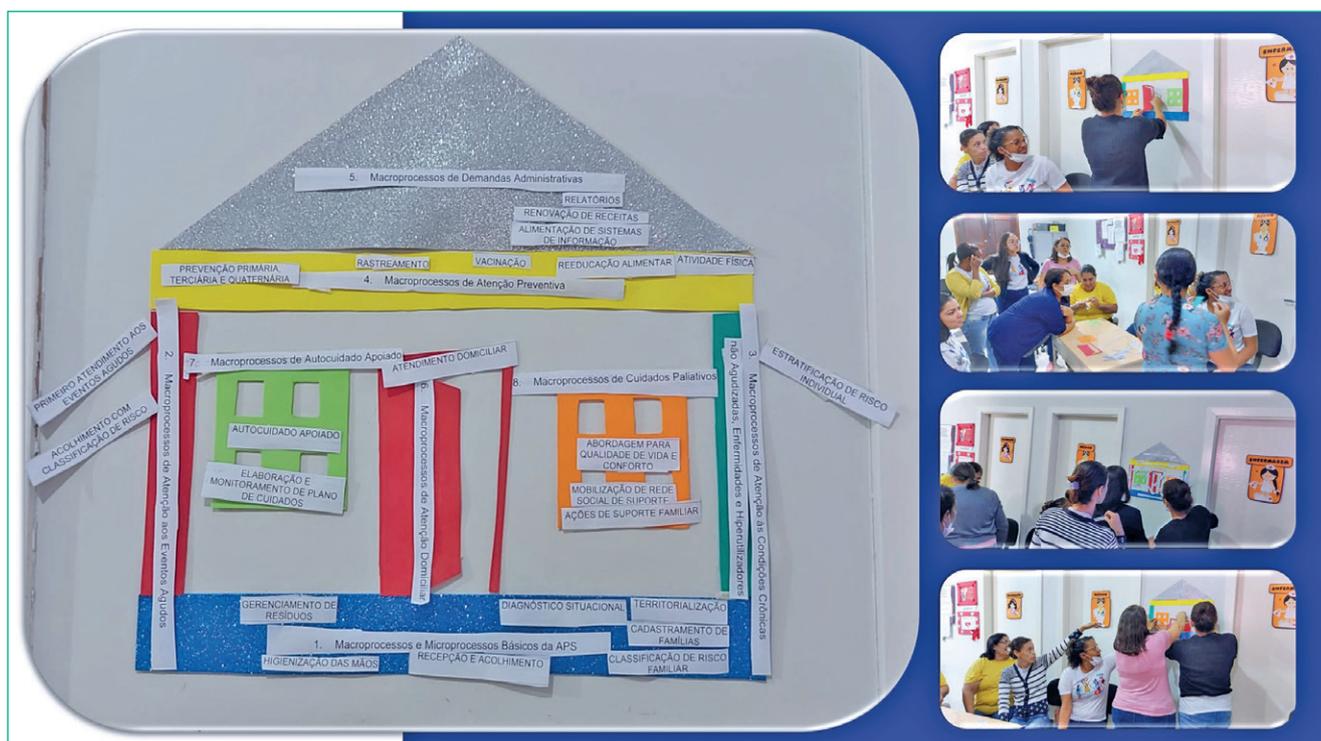
<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde



**Descrição e objetivos:** Os registros fotográficos retratam uma estratégia educacional que utiliza a metáfora da casa, proposta por Eugênio Vilaça, e objetiva a aprendizagem por associação e fixação do conhecimento adquirido nos *Workshops* e tutorias. A equipe pode montar cada peça da casa associando aos macroprocessos e microprocessos da Atenção Primária à Saúde e as atividades desenvolvidas no seu cotidiano, verificando que os processos se entrelaçam e formam um todo que visa a multiprofissionalidade e a integralidade. Mato Grosso; Região de saúde sul-mato-grossense; Alto Garças; Estratégia Saúde da Família Eq. 1 Dr. Miguel José da Silva. Diante dos desafios para fixação do conhecimento, foi proposta uma atividade de aprendizagem por associação para que a equipe dialogasse sobre a metáfora da casa e seus processos de trabalho. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho.

Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Aprendizagem Baseada em Problemas, Aprendizagem por Associação, Estratégias de Saúde, Modelos de Assistência à Saúde, Territorialização da Atenção Primária.





291-1

## ESTRATÉGIAS PARA IMUNIZAÇÃO DE COVID-19 EM REGIÕES RIBEIRINHAS

### Autores:

Luana Almeida dos Santos<sup>1</sup>; Eri  
Marta Reis da Silva<sup>2-3</sup>; Irlane Maria  
Figueira da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMSA - Secretaria de Saúde Santarém

<sup>2</sup> UEPA - Universidade Estadual do Pará

<sup>3</sup> UNAMA - Universidade da Amazônia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2); para reduzir a morbimortalidade, foram criadas ações de fortalecimento integradas de vigilância em saúde para imunização.

**Descrição e objetivos:** Objetivo avaliar a assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19 na população ribeirinha de Santarém. **Metodologia:** O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, descrita do tipo relato de experiência. No qual o local realizado foi no município de Santarém, estado do Pará, nas comunidades da região do Tapará e Arapiuns, durante o recorrente ano de 2021. Santarém está localizado na região do oeste do Pará, sendo a terceira cidade mais populosa do Pará, com 308.339 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A sua zona rural possui duas regiões bem distintas denominadas áreas de planalto, cuja locomoção é permitida por via terrestre e área de rios. **Resultados/Implicação prática:** A dimensão espacial da região norte é maior que países como a Espanha, e impõem um grande desafio logístico na distribuição de vacinas. Primeiro a vacina chega dos pontos de referência das capitais à sede dos municípios por via aérea, fluvial ou rodoviária. O segundo desafio é fazer com que essa vacina seja levada às regiões mais afastadas. Os profissionais carregam consigo um sistema de refrigeração das vacinas, que inclui caixas térmicas com termômetros acoplados e gelox, um tipo de gelo artificial rígido. Os povos ribeirinhos são comunidades que vivem às margens dos rios, na zona rural de Santarém. Trata-se de uma população que possui uma vida singular, de forma simples e saudável, pois os seus principais meios de sobrevivência são a pesca, a caça, e a agricultura. **Conclusão/Aprendizados:** A vacinação foi realizada com muita tranquilidade pela equipe treinada e deslocada para a ação itinerante, como forma garantir a segurança dos usuários que buscavam o posto de vacinação fluvial para receber a tão desejada vacina. Algo que possibilitou o processo de imunização da forma eficiente e eficaz.

**Palavras-chave:** Doença, Infecciosa, Imunopreveníveis, Prevenção, Proteção.



285-1

## “INTENSIVÃO DO PLANIFICASUS”: ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DOS COLEGIADOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE (PR)

### Autores:

Patrícia de Oliveira dos Santos<sup>1</sup>;  
Josehelen de Godoy<sup>2</sup>; Chaiany Colpo  
Spricigo Philippsen<sup>2</sup>; Mariah Neves  
Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 9ARS - PR - Nona Regional de Saúde

<sup>2</sup> PMSTI - Prefeitura Municipal de Santa  
Terezinha de Itaipu

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Escolhidos os colegiados gestores das APS e das AAE da 9ª Regional de Saúde, integraram 100 novos multiplicadores da estratégia do PlanificaSUS. Com isso, surgiu o desafio de formar esses. **Descrição e objetivos:** Conforme desdobramentos das atividades de planificação, os tutores municipais na segunda oficina (29/06/22) foram orientados a formar um colegiado gestor composto por representantes das unidades de saúde, vigilância sanitária, epidemiologia, coordenadores de atenção à saúde. Deste modo, o objetivo do “intensivão” foi capacitar os integrantes do Colegiado Gestor a partir das demandas do PlanificaSUS. **Metodologia:** A capacitação abrangeu a 9ª Regional com tópicos das formações anteriores. O “intensivão” ocorreu em 03/08/2022, com duração de 8 horas (das 8h às 17h), a fim de facilitar a liberação dos profissionais e diminuir custos com mobilização das equipes. A formação foi realizada em um auditório, no SESC Medianeira- Rua Riachuelo, 1791 – Centro, Medianeira/PR, escolhido por estar centralizado entre as cidades que compõem a 9ª Regional de Saúde. **Resultados/Implicação prática:** A experiência relatada ocorreu na 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná (Foz do Iguaçu, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, Ramilândia, Serranópolis, Missal, Itaipulândia), a qual iniciou as atividades da planificação em 10/12/2021. A ideia surgiu após pauta da reunião em 29/06/22 quanto à necessidade de oferecer educação permanente como um pilar do processo de planificação em construção. O grupo de tutores municipais que optou por oferecer a formação regional e cada um se dispôs a apresentar um tema. Foi abordado desde o mais básico, como “o que é o PlanificaSUS?”, perpassando por temas mais complexos sobre organização dos serviços à gestão de base populacional. **Conclusão/Aprendizados:** O “Intensivão do PlanificaSUS” promoveu muitos aprendizados, permitiu uma formação rápida e abrangente das equipes de colegiado. Observou-se também que a riqueza da formação coletiva foi a troca de experiências entre municípios. **Palavras-chave:** PlanificaSUS, Colegiados, Gestores, Formação, Intensivão.



293-2

## TERRITÓRIO E SAÚDE INDÍGENA: VIVÊNCIA DA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM UMA ALDEIA DE GUARULHOS-SP

### Autores:

Carla Rafaela Donegá<sup>1</sup>; Rosamaria Rodrigues Garcia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Relato de experiência sobre trabalho de imersão em saúde indígena, desenvolvido a partir da demanda educacional, acerca da população indígena em contexto aldeado, para residentes. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência imersiva de integração ensino-serviço entre usuários indígenas do SUS e estudantes dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional de Guarulhos. **Metodologia:** Diante do desconhecimento e inexperiência dos residentes na atenção à população indígena, foi elaborada capacitação teórica sobre saúde dos povos originários, com ênfase na Atenção Primária, destacando a importância das singularidades do atendimento ao público em questão, ofertada na aldeia, local em que os estudantes se dirigiram pela primeira vez. Foram objetivos da vivência: desenvolver perspectiva dialógica com a comunidade indígena em questão; proporcionar educação médica de forma ativa no Programa de Residência Médica de Guarulhos; oportunizar atuação entre equipes de saúde; promover educação em saúde indígena e apresentar modelo de atendimento digno à população em contexto aldeado. **Resultados/Implicação prática:** A população indígena da aldeia “Filhos da Terra” está cadastrada na UBS Cabuçu, em Guarulhos-SP, que é referência para o cuidado destes usuários. Foi construída uma oportunidade para incluir na grade curricular dos programas, a disciplina de saúde indígena, para desenvolver habilidades/competências profissionais para atender essa população, afirmando o respeito cultural, assim como promover atendimentos de especialidades, com demanda reprimida no município. A capacitação foi realizada na aldeia, no período da manhã, para cerca de 40 residentes. Visando proporcionar maior vivência e conhecimento da cultura e modo de vida dos indígenas, foi oferecido um almoço tradicional na aldeia. No período da tarde, profissionais de Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Medicina realizaram atendimentos aos usuários. **Conclusão/Aprendizados:** De forma positiva, a equipe da UBS recebeu elogios dos participantes sobre a proposta desenvolvida, tanto entre os usuários, quanto os residentes do programa. Alguns relataram ter sido a primeira experiência dentro de um contexto adverso do SUS. A partir desta experiência, os residentes passaram a realizar atividades na UBS e vem sendo discutida a possibilidade de inserção da obrigatoriedade da disciplina Saúde Indígena nos programas de residência do município. **Palavras-chave:** Atenção Primária, Ensino em Saúde, Integração Ensino-Serviço, Residência Médica e Multiprofissional, Saúde Indígena.



**307-1**

## **DO SONHO À ADEÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIONAL DE SAÚDE DO BAIXO ACRE**

### **Autora:**

Emanuelly de Sousa Nóbrega<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde do Acre

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A implantação da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Regional de Saúde do Baixo Acre, despertou mudanças com seu desenvolvimento, na observância das suas especificidades e vazios assistenciais.

**Descrição e objetivos:** A Regional de Saúde do Baixo Acre, situada no Estado do Acre, é composta por onze municípios com população estimada de 593.149 habitantes, apresenta uma densidade e disparidade demográfica e socioeconômica entre seus municípios. De acordo com as especificidades da região iniciamos o processo de adesão para implantar a metodologia da PAS, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à saúde e organizar as demandas assistenciais em redes de atenção à saúde.

**Metodologia:** Para adesão e implantação da planificação pela gestão municipal foram realizadas visitas técnicas aos municípios, oportunizando o alinhamento com o gestor e equipe sobre a estrutura operacional e metodológica da PAS. Na oportunidade realizamos avaliação da capacidade instalada do município, estrutura das unidades, composição das equipes e fluxos assistenciais que nos subsidiaram para a construção do diagnóstico situacional da região. A avaliação dos indicadores de mortalidade materno-infantil (SIM/SINASC), cobertura da Atenção Primária (e-gestor) e pontos de atenção para o público materno-infantil foi decisória para o fortalecimento dessa Linha de Cuidado no Estado do Acre. **Resultados/Implicação prática:** A implantação da metodologia da Planificação da Atenção à Saúde (PAS) no Estado do Acre proporcionou o processo de fortalecimento da intersetorialidade e integralidade das ações e serviços de saúde em rede, de acordo com as necessidades da população no território. A adesão da PAS foi em 100% nos municípios da Região de Saúde do Baixo, porém ainda temos alguns desafios a serem superados frente a questões como transporte sanitário à conectividade dos municípios de difícil acesso, como Santa Rosa e Jordão. Avançamos na implantação e implementação do primeiro Ambulatório de Atenção Ambulatorial Especializada do Estado, para gestantes e crianças de alto risco, visando o atendimento integral e multiprofissional, garantindo o acesso, equidade e resolutividade. **Conclusão/Aprendizados:** O alcance de resultados positivos, podemos correlacionar com as formações, discussões de casos, construção de fluxos assistenciais, que a metodologia da PAS despertou nos profissionais de saúde, ou seja, na melhoria dos seus processos de trabalho e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e na implantação da Atenção Ambulatorial Especializada no Estado do Acre.

**Palavras-chave:** Governança, Integralidade, Planificação, Indicadores, Intersetorialidade.



307-5

## SALA DE SITUAÇÃO DOS INDICADORES DA POLICLÍNICA TUCUMÃ: “DATA ANALYTICS” PARA A GESTÃO DO TRABALHO COM O PLANIFICASUS NO ESTADO DO ACRE

### Autores:

Emanuely de Sousa Nóbrega<sup>1</sup>; Maria Augusta Moreira Mesquita<sup>1</sup>; Graciele Menezes da Costa<sup>1</sup>; Luciana Oliveira Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde do Acre, AAE Tucumã - Policlínica Tucumã

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Sala de Situação é uma ferramenta do planejamento estratégico utilizada para análise das informações coletadas pela execução dos serviços prestados na Policlínica Tucumã, com visão da produtividade realizada. **Descrição e objetivos:** A implantação da sala de situação tem como objetivo apresentar as informações para análise, avaliação e monitoramento e com isso subsidiar a tomada de decisão da gestão da Policlínica Tucumã para realizar um planejamento de acordo com as suas necessidades e perfil de atendimento. **Metodologia:** A necessidade de implantação da sala de situação surgiu em uma reunião técnica da equipe da Planificação com o analista da especializada, onde foi diagnosticado a falta de dados da AAE Policlínica Tucumã. Após essa análise, foi elaborado um plano de ação para realizar a coleta de dados referente aos serviços pertinentes à Policlínica, traçando as seguintes metas: designar um servidor para centralizar a coleta de informações e processamento dos dados; realizar uma roda de conversa com a equipe de coordenadores para discutir a construção e a implantação do instrumento para coleta de dados. **Resultados/Implicação prática:** Para a implementação da sala de situação e alcance dos resultados propostos no plano de ação, a coordenação de Gestão e Planejamento da Policlínica elaborou um instrumento para coleta de dados e qualificou a equipe de coordenadores para a alimentar o referido instrumento, o qual estava de acordo com especificidade de cada setor. Após o condensamento das informações e análise dos resultados da base de dados, identificamos os *déficits* do atendimento e a existência de um percentual considerável de absenteísmos, e a percepção dos próprios servidores em relação aos quantitativos dos serviços prestados à população. **Conclusão/Aprendizados:** Com a implantação da sala de situação, conseguimos dimensionar a importância de um banco de dados para a avaliação de todos os serviços e atendimentos que ofertamos à população, uma análise que nos possibilita melhorias no processo de trabalho e planejamento integrado.

**Palavras-chave:** Indicadores, Planejamento, Gestão, Sala de Situação.



**311-1**

## **EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE EM 100% DAS UNIDADES NO MUNICÍPIO DE COLINAS: AVANÇOS E DESAFIOS**

### **Autores:**

Walyson Gustavo Silva de Freitas<sup>1</sup>;  
Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes<sup>2</sup>;  
Evelise Stella Magri Reis<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

<sup>2</sup> SES - Secretaria Estadual de Saúde

<sup>3</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O projeto PlanificaSUS iniciado em julho de 2019, no município de Colinas, Maranhão, propõe a qualificação dos processos de trabalho da Atenção Primária e especializada, melhorando o acesso à rede. **Descrição e objetivos:** Apresentar a expansão do PlanificaSUS na Atenção Primária do município de Colinas – Maranhão. **Metodologia:** Em Colinas, a Unidade Básica de Saúde Liberdade iniciou como Laboratório da Atenção Primária e com a pandemia de COVID-19, resultou em uma pausa nas atividades, retomando-as em outubro de 2021 e oito meses depois foi iniciada a expansão em dezenove unidades. Durante o processo de expansão foi necessária a nomeação de enfermeiros como tutores por meio de reunião com gestores municipais, estaduais e técnicos da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein e equipes da Atenção Primária para explanação do projeto PlanificaSUS, que logo foi sucedida por etapas operacionais. **Resultados/Implicação prática:** A expansão trouxe como resultados iniciais o processo de territorialização, o aumento no número de cadastros familiar, melhoria no acolhimento do usuário, estratificação de risco da gestante e da criança de 0 a 5 anos, aumento do compartilhamento do cuidado com atenção especializada, qualificação da mensuração do perfil populacional e epidemiológico. Destacando-se a estratificação de risco da gestante e compartilhamento do cuidado como principais resultados alcançados. **Conclusão/Aprendizados:** Apesar do interesse da gestão em nomear um profissional como referência para monitoramento do projeto, o tempo para execução de cada etapa, as adequações e resistência dos profissionais surgem como uma barreira. A formação contínua de profissionais aparece como um desafio e preocupa a longo prazo a permanência de profissionais capacitados e a sustentabilidade do projeto sem a figura do analista.

**Palavras-chave:** Desafios, Expansão, Planificação, PlanificaSUS, Resultados.



319-1

## A PLANIFICAÇÃO COMO PROCESSO FACILITADOR DA TERRITORIALIZAÇÃO NA UNIDADE JOÃO PAULO II NO MUNICÍPIO DE COELHO NETO/MA

### Autor:

José Carlos Lopes Magalhaes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UBS João Paulo II - UBS João Paulo II

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Localizado no Leste maranhense, o município de Coelho Neto tem população estimada de 49.435 habitantes, predominantemente urbana. Possui APS estruturada com 15 ESF dispostas em 10 UBS. Nesse contexto, a UBS João Paulo II, fundada em 2007, localiza-se no Bairro Sarney, abrange 2 ESF com população estimada em 5575 habitantes. **Descrição e objetivos:** Implementar territorialização como instrumento de identificação de grupos de risco e pontos de apoio. Utilizar o alinhamento de processo que a planificação promove para facilitar o alcance das metas pactuadas com as equipes. Usufruir da escala de Coelho e Savassi como instrumento orientador. Cadastrar 100% das famílias e atualizar como seu risco. **Metodologia:** Foi realizada educação em saúde com os ACS para cristalizar o conhecimento sobre a escala de Coelho e Savassi, com exemplos práticos onde cada ACS traz uma ou mais famílias para estratificação em grupo, além de reciclagem sobre o correto preenchimento das fichas de cadastro individual e familiar. Criação de cronograma para verificação e correção de inconsistências. Inclusão do digitador como um membro primordial da equipe. **Resultados/Implicação prática:** Aceitação da planificação como facilitador das demandas já inerentes aos processos de trabalho da unidade. Fim do estigma de utopia. **Conclusão/Aprendizados:** A planificação é o dispositivo para alinhamento dos processos de trabalho dentro da UBS. No campo da territorialização, a incorporação de instrumentos como a escala de Coelho e Savassi é de suma importância para direcionamento das estratégias, a fim de torná-las mais assertivas.

**Palavras-chave:** Territorialização, Planificação, João Paulo II, Coelho Neto.



325-1

## CURSO DE CURTA DURAÇÃO “PROMOÇÃO DA SAÚDE: HISTÓRIA, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS”

### Autores:

Daniela Souza Lima Campos<sup>1</sup>; Luisa Azeredo Silveira<sup>1</sup>; Cristiane Roberta Pinto Tomaz<sup>1</sup>; Conceição Aparecida Moreira<sup>1</sup>; Carolina Guimarães Marra Nascimento<sup>1</sup>; Nayara Resende Pena<sup>1</sup>; Joseane Mariluz Martins de Carvalho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O curso objetivou inserir a discussão da Promoção à Saúde no âmbito da Planificação, visto que MG possui a Política Estadual de Promoção da Saúde, com financiamento exclusivo para ações na APS.

**Descrição e objetivos:** A ação teve como objetivos promover a discussão da Promoção à Saúde (PS) e suas bases conceituais e fomentar a construção de agenda para a PS conforme realidade dos territórios, visando a melhoria das condições de vida e saúde da população. Foram realizadas 04 edições, sendo 3 na modalidade on-line e 1 presencial. Foram destinadas aos tutores municipais e analistas regionais. Discutiu-se a diferença entre Prevenção X Promoção, DSS, Política Estadual de PS e História da PS no Brasil e MG.

**Metodologia:** Optou-se, em ambas as modalidades ofertadas, por metodologias participativas que auxiliassem na reflexão crítica sobre o tema. Para isso, foram realizadas discussões de caso, abordando as vulnerabilidades sociais e seus impactos na saúde; vídeos, quiz interativo e dinâmicas de grupo (varal conceitual, discussões em grupo, etc.). Além destas metodologias, também houve apresentação expositiva conceitual e debate com especialistas na temática. Foi pactuado ainda a replicação do curso nos territórios e unidades participantes do projeto.

**Resultados/Implicação prática:** Como resultado, podemos destacar: construção de Guia Orientador aos Analistas para replicação do curso nos territórios, maior aproximação dos trabalhadores com a temática de promoção à saúde, maior inserção da Política Estadual de Promoção à Saúde nas discussões realizadas no âmbito do projeto e a realização da 1ª Mostra de Experiências Exitosas em Promoção à Saúde no Programa Saúde em Rede, que foram divulgadas por meio de vídeos e de e-book publicado com a finalidade de inspirar ações de promoção à saúde em outros municípios do estado. Destaca-se ainda a descentralização desse processo pela replicação do curso nos territórios e unidades laboratório, aumentando sua capilaridade e alcance.

**Conclusão/Aprendizados:** A PS, tendo a territorialização, o reconhecimento dos DSS e a participação social como pilares, fortalece as estratégias de autocuidado e empoderamento e a rede de atenção à saúde, visto seu caráter transversal. Assim, possui potencial para enriquecer o processo de Planificação, ampliando as estratégias de cuidado.

**Palavras-chave:** Educação Permanente, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde.



326-1

## A REORGANIZAÇÃO DA TERRITORIALIZAÇÃO COM BASE POPULACIONAL EM JACARAÚ-PB

### Autores:

Monique Talita de Pontes<sup>1</sup>; Cássia de Andrade Araújo<sup>2</sup>; Tânia Berbert Ferreira Lima<sup>2</sup>; Railda de Almeida Gomes<sup>3</sup>; Flattyson de Assis Salvador<sup>1</sup>; Maria Luciene de Silva<sup>1</sup>; Maria Aparecida Batista da Motta Pessoa<sup>1</sup>; Gilvando Marinho de Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Jacaraú - Secretaria Municipal de Saúde de Jacaraú

<sup>2</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

<sup>3</sup> SES-PB - Secretaria Estadual de Saúde da PB

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A territorialização compõe um dos microprocessos básicos da construção social da Atenção Primária à Saúde - APS, sendo a base para o processo de planejamento em saúde, etapa primordial para entender as necessidades da população adstrita e desenvolver um cuidado com foco na gestão de base populacional. Jacaraú é um município da 14<sup>a</sup> Região de Saúde da Paraíba, que possui 7 equipes de Saúde da Família, atendendo a uma população de 17.562 habitantes, conforme registro do Prontuário Eletrônico do Cidadão (out.2022), com 100% de cobertura. **Descrição e objetivos:** Relatar o processo de territorialização com base na população cadastrada no município. **Metodologia:** Foram realizados o *Workshop* e a oficina tutorial da Etapa 2 sobre Gestão de Base Populacional com todas as equipes de saúde, incluindo a unidade laboratório, o que possibilitou a elaboração do plano de ação de cada unidade. Em janeiro/2021, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada equipe iniciaram as ações de busca ativa para atualização dos cadastros, que segue em curso. Foram utilizados os instrumentos da Planificação das Etapas 1, 2 e 6. **Resultados/Implicação prática:** A partir do diagnóstico e monitoramento, observou-se áreas descobertas, cadastros inconsistentes (duplicidades, ausência de CPF e outros), necessidade de atualização do mapa do território e atualização dos ACSs quanto às tecnologias e sistemas de informação adotados pelo município (E-SUS, SISAB, CADWeb SUS, Power BI). O protagonismo dos ACS na atualização dos cadastros e na implementação da classificação de risco familiar (Escala de Coelho Savassi) possibilitou a melhoria dos indicadores do Previne Brasil, com monitoramento da coordenação da APS, e o planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território. Tal construção também resultou na criação e instituição da Comissão Municipal de Monitoramento dos indicadores do Previne Brasil e na homologação de uma Lei Municipal que define sobre o repasse do recurso para os trabalhadores por equipe, proporcional ao desempenho no quadrimestre. **Conclusão/Aprendizados:** Diante dos resultados foi possível a reestruturação e organização dos processos de trabalhos relacionados à qualificação do cadastro dos usuários no município, além da integração dos profissionais em todos os níveis (UBS-GESTÃO), incluindo o setor de tecnologia da informação em saúde, possibilitando a melhoria progressiva do desempenho no Previne Brasil, elevando o município para o primeiro lugar na 14<sup>a</sup> Região de Saúde da Paraíba. **Palavras-chave:** Atenção Primária, Planificação, Territorialização, Território.



352-1

## A INTRODUÇÃO DO AUTOCUIDADO APOIADO COMO FERRAMENTA DE APOIO AO MANEJO CLÍNICO NA UNIDADE DE MATO BRANCO EM IMBITUVA-PR

### Autores:

Viviane Malaquias Fogaça<sup>1</sup>; Mariana Machado dos Santos Pereira<sup>1</sup>; Jessica Cabral do Nascimento<sup>1</sup>; Daniel Fabiano Correia<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PR - Posto de Saúde de Mato Branco Imbituva

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Autocuidado Apoiado foi apresentado na etapa 7 como uma potente ferramenta de apoio ao manejo das condições crônicas e com isso, tivemos o prazer de operacionalizar e ver a transformação de uma vida.

**Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da utilização do Autocuidado Apoiado como poderosa ferramenta de cuidado que auxilia na melhoria da qualidade de vida por meio da adoção de comportamentos saudáveis, mantendo o bem-estar, alcançando objetivos, prevenindo doenças e agravos e fortalecendo a autonomia na execução de atividade de vida diárias. **Metodologia:** Após a Etapa 7.2, foram escolhidos de início pela equipe 8 casos complexos para aplicar o Autocuidado Apoiado, mas aqui vamos relatar um que conseguiu ter a sua vida transformada em dois meses. G.L.P, 50 anos, ficou tetraplégico há 2 anos. Durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe, o usuário sempre se mostrava apático ao atendimento, mal-humorado, negando a todas as propostas solicitadas. Sempre em um quarto escuro e fechado. Após diversas tentativas, enfim, G.L.P aceitou a fazer um plano de autocuidado. Foram estabelecidas metas diárias, as quais ele se motivasse a cumprir. **Resultados/Implicação prática:** Com envolvimento de toda equipe multiprofissional e a RAS, hoje, G.L.P está fazendo a fisioterapia conforme combinado, usando a medicação, seus exames laboratoriais melhoraram muito, sendo que agora poderá ser encaminhado ao hospital de reabilitação Darci Vagas que era o seu grande sonho. Além disso, a equipe conseguiu a doação de uma televisão pela comunidade para que ele tenha um lazer e entretenimento, seu humor melhorou muito, consegue sorrir e ser feliz dentro das suas possibilidades. Isso tudo aconteceu em um período de 2 meses desde o início da aplicação do Autocuidado Apoiado, o que demonstra a potência desse instrumento que é capaz de transformar as realidades em um curto período de tempo. **Conclusão/Aprendizados:** Não é necessário tecnologias complexas para transformar a realidade do território. Por meio do Autocuidado Apoiado e a integração de toda equipe motivando e monitorando periodicamente, o usuário conseguiu se perceber como peça fundamental no seu cuidado. Foi notória a transformação social, psicológica, física e espiritual na vida de G.L.P. Ele estava esperando a morte e agora ele ganhou vida.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Qualidade de Vida, Empoderamento, Motivação, Metas.



360-1

## AUTOMATIZAÇÃO DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

### Autores:

Salomão Eineck Júnior<sup>1</sup>; Daiane Linz da Silva de Jesus<sup>1</sup>; Roseni Terezinha Firmino<sup>1</sup>; Alexandre Bertoni<sup>1</sup>; Jessica Rasquim Araújo<sup>1</sup>; Analaura Ribeiro Pereira<sup>1</sup>; Daniela Rosa de Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gersa de Lages - DAPS/SES/SC - Gerência Regional de Saúde de Lages da Diretoria da Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Automatização no banco de dados do e-SUS da escala de risco familiar, proposto por Coelho e Savassi para mensurar a probabilidade de determinados fatores desencadear na mortalidade da população. **Descrição e objetivos:** Coelho e Savassi propuseram um modelo de estratificação de risco familiar, onde “sentinelas de risco” expressam a probabilidade de determinados aspectos biológicos, psicológicos ou sociais desencadear efeito no perfil de morbidade e mortalidade da população. O objetivo do projeto é automatizar o processo de mensuração da escala de risco familiar que atualmente é em Excel para ser feita diretamente no e-SUS, melhorando o acesso e identificação das condições de saúde no território. **Metodologia:** A metodologia utilizada no processo foi exploratória e quantitativa, pois tinha como base entender desde o processo de estratificação dos dados a campo até o momento de mensuração. Depois do entendimento dos processos, foi feita a mensuração e quantificação dos dados que foram automatizados para realização de testes de mesa. Para realizar a automatização e mensuração das sentinelas se fez necessário acessar as fichas individual e domiciliar via banco de dados do município de Painel, piloto no projeto, e a partir disso, iniciar o trabalho de mensuração até a geração do cálculo de risco familiar. **Resultados/Implicação prática:** O projeto pode gerar redução de tempo, retrabalho e aumentar a confiabilidade dos resultados no processo de geração da escala de risco, uma vez que atualmente o processo é realizado manualmente. A automatização otimiza o tempo dos ACS e também evita que dados incorretos sejam informados, pois os cálculos que são feitos baseiam-se exclusivamente nas informações oficiais do e-SUS. O processo de automatização ainda está baseado no banco de dados local, mas pode ser aplicado dentro do e-SUS, e disponibilizado em todo o território nacional, possibilitando o uso de todos. As tecnologias que trabalham os dados e os transformam em informação para a identificação rápida na Rede de Atenção à Saúde para o acesso às subpopulações, viabilizam o atendimento de forma classificada em tempo oportuno. **Conclusão/Aprendizados:** A automatização de uma ação que tem impacto direto nas ações de saúde é algo extremamente importante. Levanto a importância da junção das habilidades técnicas e multidisciplinaridade, unindo a área da saúde com a tecnologia. A junção dos conhecimentos pode gerar ganhos significativos para a sociedade, gerando inovação em processos, resolvendo problemas reais e agregando mais valor à saúde pública.

**Palavras-chave:** Risco Familiar, Escala de Risco, Coelho-Savassi, Tecnologia, Automatização.



365-1

## A CONSTRUÇÃO DE DIRETRIZES PARA A PRÁTICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA APS ALINHADA AO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

### Autores:

Daniella Sampaio Zorzi<sup>1</sup>; Andrea Christina Borella<sup>1</sup>; Marina Chansky Cohen<sup>1</sup>; Maira Rodrigues da Silva<sup>1</sup>; Diogo Cesar Miranda<sup>1</sup>; Thais Picolo Pujol<sup>1</sup>; Laudicelia Gusmão de Lima<sup>1</sup>; Gabriel Marotto Avelaneda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A revogação da Portaria que instituiu as equipes NASF-AB oportunizou uma avaliação crítica sobre o processo de trabalho vigente e o estabelecimento de novas diretrizes em consonância com o MACC.

**Descrição e objetivos:** Fortalecer e qualificar o processo de trabalho das 6 Equipes Multiprofissionais da APS de uma microrregião da zona Sul da cidade de São Paulo; realizar análise crítica dos principais desafios da prática; alinhar diretrizes de atuação dessas equipes pautadas no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2011). **Metodologia:** A metodologia adotada foi a Ciência da Melhoria. Foram realizadas as seguintes etapas: Primeira fase: identificação/diagnóstico situacional dos pontos críticos relacionados às Equipes Multiprofissionais da APS no território. Segunda fase: categorização dos pontos críticos elencados para nortear a construção dos direcionadores primários. Terceira fase: descrição dos conceitos de mudança e construção de cronograma de implantação com ações de curto, médio e longo prazo, seguindo o planejamento estratégico institucional pactuado. **Resultados/Implicação**

**prática:** A partir do modelo de cogestão, constituiu-se o Comitê de Práticas de Equipe Multiprofissional com a finalidade de buscar estratégias para qualificar o processo de trabalho. Foram estruturados inicialmente dois eixos de trabalho: Agenda e Campo e Núcleo. No eixo agenda foram definidas as premissas comuns para todas as equipes e estratégias que visavam ampliar o acesso às Equipes Multiprofissionais da APS. No eixo campo e núcleo foram delimitadas as ações nas temáticas de Alimentação e Nutrição, Reabilitação, Saúde Mental e Violência. Com base nesses eixos, construiu-se o Diagrama Direcionador com diretrizes para as equipes e conceitos de mudanças a serem implementados via metodologia da Planificação, seguindo suas etapas.

**Conclusão/Aprendizados:** O caminho de revisitar a construção histórica do NASF-AB nos fez reavaliar as práticas ofertadas e traçar uma rota de onde queremos chegar. Ressaltou-se as suas potencialidades, mas também foi preciso reconhecer as limitações relacionadas ao acesso, integração entre equipes, para então buscar um modelo de atuação de Equipe Multiprofissional APS pautado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Ciência da Melhoria, Cogestão, Equipe Multiprofissional APS, Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



**374-1**

## **CANTANDO A GESTÃO DA CLÍNICA**

### **Autores:**

Gabriela Piazza Pinto<sup>1</sup>; Andriely Gomes dos Santos<sup>1</sup>; Francielly Rosiani da Silva<sup>1</sup>; Tatiana Moura Coelho Pinheiro<sup>2</sup>; Danielle Angélica de Oliveira Nascimento<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SES/MS - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

<sup>2</sup> SMS - Bela Vista - Secretaria Municipal de Saúde de Bela Vista

**Descrição e objetivos:** Paródia - Cantando a Gestão da Clínica (Música Boiadeira - Ana Castela). Olá, Atenção Primária, aqui é o planifica. Estão preparados para pla ni ficar? Se pre paraaa. As diretrizes vão te orientar. E os cuidados otimizar. Lista de espera não pode aumentar. Auditoria clínica vai ajudar (2x). Nós tá embasada, qualificada. Gestão de caso agora deve ser implementada (2x). E além de tudo isso A equipe vai planificarr. O *Workshop* vai fazer você pirarr. De baixo desse sol você vai sair. Estratificando o risco por aí (2x). Êeeeeee. Eu sou o combo perfeito pra te instruir. Apresentado em Mato Grosso do Sul, Região de Jardim, Município de Jardim. 5 minutos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresse vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Diretriz Clínica, Gestão da Condição da Saúde, Gestão de Caso, Auditoria Clínica.



389-1

## A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS SITUACIONAIS EM SAÚDE PARA A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

### Autores:

Daniely Casagrande Borges<sup>1</sup>; Letícia Stanczyk<sup>1</sup>; Tamara Zubko Martins<sup>1</sup>; Fernanda Torres de Carvalho<sup>1</sup>; Jonatan da Rosa Pereira da Silva<sup>1</sup>; Everton Cristian Moraes<sup>1</sup>; Pericles Stehmann Nunes<sup>1</sup>; Jackeline da Rocha Vasques<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SES-RS - Secretaria Estadual de Saúde

<sup>2</sup> UFPR - Universidade Federal do Paraná

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Estima-se que as doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes apresentam a maior morbimortalidade no Brasil e no mundo. **Descrição e objetivos:** Essas doenças, consideradas como não transmissíveis, demandam um cuidado contínuo, proativo e integrado e oneram sobremaneira o Sistema Único de Saúde. O objetivo desse estudo é descrever o diagnóstico situacional, pelo conjunto dos quatro agravos não transmissíveis, da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste, estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** A metodologia utilizada no estudo caracteriza-se como uma abordagem observacional descritiva. Para a elaboração desse documento técnico foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informação em saúde disponíveis. Utilizaram-se os códigos da Classificação Internacional de Doenças-10: I00-I99 (Doenças Cardiovasculares); C00-C97 (Neoplasias); E10 - E14 (Diabetes); J30- J98 (Doenças Respiratórias Crônicas). Os dados foram agregados por municípios e ano, além de serem estratificados pelas faixas etárias de mortalidade prematura (30 a 69 anos) e mortalidade acima de 70 anos. **Resultados/Implicação prática:** Em relação aos resultados, é observado que a população adulta da Macrorregião de Saúde Centro-Oeste apresenta alta prevalência de obesidade (48,58% em adultos e 60,98% dos idosos), em comparação às taxas encontradas no estado. Ademais, também se observa um aumento na incidência de neoplasias (C00-C97) no território. Além disso, em comparação às taxas de mortalidade do estado, apresenta uma maior taxa de mortalidade por neoplasias em indivíduos com mais de 70 anos (992,56 óbitos por 100 mil habitantes) e maior taxa de mortalidade prematura por Diabetes *Mellitus* (78,99 óbitos por 100 mil habitantes). Dessa forma, considerando os dados apresentados, pode-se inferir que o cuidado das condições crônicas não transmissíveis nesse território deve ser visto como prioridade pelos gestores municipais. **Conclusão/Aprendizados:** Conclui-se que o diagnóstico situacional é uma ferramenta essencial para o processo de planificação da atenção à saúde, auxiliando os atores regionais e locais à definição das ações prioritárias, planejamento, reorganização da rede e otimização de recursos.

**Palavras-chave:** Análise Situacional, Determinantes de Saúde, Redes de Atenção.



401-1

## O PROCESSO DE TUTORIA: ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NA REGIONAL DO BAIXO ACRE E PURUS

### Autores:

Valéria Teixeira da Costa<sup>1</sup>; Leila Maria da Silva Lopes<sup>1</sup>; Ana Maria da Silva Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESACRE - Secretaria de Estado de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde objetiva fortalecer a APS e a AAE na organização da Rede de Atenção no SUS. Atuando nos processos de trabalhos das equipes, com foco nas necessidades dos usuários, baseada no Modelo de Atenção às Condições Crônicas. **Descrição e objetivos:** A equipe do Departamento de Atenção Primária em Saúde da Secretaria Estadual foi dividida entre 10 tutores e 09 apoiadores no processo de planificação. O papel do tutor consiste em ser a referência para os municípios sob sua tutela, tendo na figura do apoiador um reforço para o desenvolvimento das atividades planejadas. O objetivo é demonstrar as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das ações no processo de planificação da APS em onze municípios da regional do Baixo Acre e Purus. **Metodologia:** As atividades consistem em manter um diálogo permanente com as referências técnicas municipais, realizando o monitoramento e orientando o desenvolvimento de todas as etapas necessárias para o processo. São realizadas atividades de educação permanente com base na análise de indicadores de saúde, dados populacionais e informações sobre o perfil epidemiológico de cada município, para que a equipe de tutores esteja apta a prestar quaisquer esclarecimentos às unidades laboratório e de expansão sob sua responsabilidade. **Resultados/Implicação prática:** O processo de planificação requer a mudança de paradigmas instituídos por muitos anos, com base em um atendimento centrado no modelo biomédico e não nas necessidades do usuário. Estabelecer uma relação onde a Atenção Primária tenha de forma efetiva contato com a Atenção Ambulatorial Especializada é o que podemos identificar como principal mudança. A estratificação adequada desse usuário, encaminhamentos definidos e a seguridade de um atendimento na unidade de referência fazem com que o processo de cuidado em rede seja estabelecido. **Conclusão/Aprendizados:** O exercício da tutoria nos traz a reflexão do quão potente são as ferramentas como apoio institucional, educação permanente e humanização como contribuição para a mudança na lógica de atendimento ao usuário de saúde. Possibilitando uma maior capacidade de resposta do sistema às situações apresentadas nos territórios.

**Palavras-chave:** Tutoria, Planificação, Atenção Primária.



405-1

## PLANIFICASUS: UM NOVO OLHAR PARA AS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM PONTA GROSSA-PR

### Autores:

Paola de Farias Gomes Martins<sup>1</sup>;  
Francielly de Souza Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FMS-PG - Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Unidade de Saúde Ottoniel Pimentel dos Santos trabalha desde 2004 como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em novembro de 2021, iniciou o PlanificaSUS como Unidade Vitrine da 3ª Regional de Saúde-PR. **Descrição e objetivos:** Atualmente, a unidade conta com duas equipes completas e possui 7.016 pessoas cadastradas. Segundo dados obtidos durante a Etapa 2 do Planifica, 12% da população total é composta por hipertensos e diabéticos. Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar as principais mudanças e os desafios encontrados no atendimento aos portadores de doenças crônicas, HAS e DM, no decorrer do processo de planificação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado com os resultados obtidos de janeiro a outubro de 2022. Vale ressaltar que, até o momento, a unidade encontra-se na Etapa 4.1 da estratégia PlanificaSUS. Após diversas reuniões com a equipe de saúde e a pactuação de ações com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para a busca ativa de novos cadastros e atualização dos já existentes, constatou-se que 95% dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* (DM) são acompanhados pela ESF. **Resultados/Implicação prática:** A realização da estratificação de risco cardiovascular foi o ponto-chave no processo. Identificou-se que 13% da população do estudo são classificados com muito alto risco, 58% alto risco, 21% risco intermediário e 8% de baixo risco. Estes dados, levaram a unidade a reorganizar sua dinâmica e a trabalhar da seguinte forma: Oferecendo serviço segundo as necessidades de saúde identificadas; com a participação ativa dos ACS; organização da agenda de consultas, com cronograma anual e intervalo de agendamento conforme classificação de risco; solicitação, agendamento de exames e retorno baseado no cronograma de consultas e protocolo municipal; e visando fortalecer a Atenção Primária, com previsão de atendimento multiprofissional em parceria com o programa de Residência em Saúde Coletiva da FMS. **Conclusão/Aprendizados:** Um desafio encontrado foi adequar a ferramenta da estratificação (da Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular) com o MACC, sendo necessária a revisão do protocolo municipal. Como aprendizado, verificamos que a estratificação foi fundamental, pois permitiu o acesso com equidade e despertou na equipe um novo olhar para assistência, identificando o Planifica como norteador de todas as ações.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Diabetes *Mellitus*, Estratificação de Risco, Hipertensão, PlanificaSUS.



418-1

## ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO COMO POTENCIALIZADORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO PARÁ

### Autores:

Aurilvia Carolinne Lima Barros<sup>1-2</sup>;  
Silma Gomes da Silva<sup>3-4</sup>; Cláudia  
Lemos Vieira Lima<sup>5-6</sup>; Eduardo  
Padilha Barros<sup>1-7</sup>

<sup>1</sup> ORIGEM - Barros Tecnologia Eireli

<sup>2</sup> UFPA - Universidade Federal do Pará

<sup>3</sup> SESGO - Secretaria de Saúde do Estado  
de Goiás

<sup>4</sup> GES - Gomes e Silva Consultoria Ltda

<sup>5</sup> SESAB - Secretaria de Saúde do Estado  
da Bahia

<sup>6</sup> MMI - MMI Serviços de Atendimento em  
Saúde Ltda

<sup>7</sup> SEMUS Belém - Secretaria Municipal de  
Saúde de Belém

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Atenção Primária à Saúde é a estratégia adotada para ordenação dos serviços de saúde no Brasil. Quando devidamente organizada, responde a até noventa por cento das demandas de saúde do território.

**Descrição e objetivos:** Objetiva-se com este estudo apresentar a experiência de apoio à organização dos processos de trabalho junto às unidades laboratório da Atenção Primária à Saúde envolvidas no processo de Planificação da Atenção à Saúde, por meio do Projeto PlanificaSUS na região dos Caetés no estado do Pará. **Metodologia:** Trata-se de estudo de relato de experiência das ações de tutoria em serviço junto aos tutores do projeto PlanificaSUS na região dos Caetés no estado do Pará para a organização dos processos de trabalho nas Unidades laboratório da Atenção Primária à Saúde vinculadas ao projeto na região. Os dados foram coletados nos encontros presenciais mensais junto aos tutores para alinhamento das atividades pré e pós-tutoria, que subsidiaram o planejamento e monitoramento das etapas já realizadas por meio do projeto nas unidades laboratórios desses municípios. **Resultados/Implicação prática:** Como resultados, podemos citar o alinhamento teórico dos tutores para a realização dos *Workshops* temáticos. A instrumentalização dos tutores com materiais audiovisuais, instrumentos orientativos, normativos e ferramentas direcionadoras para a realização das oficinas tutoriais. Os resultados demonstraram a evolução das ações e da organização dos serviços nas referidas unidades laboratório, como avanço no cadastramento e estratificação do risco familiar e da condição de saúde. Suporte para a implantação de normas, rotinas e protocolos de organização das ações e serviços no território. A construção de mapas dinâmicos do território. A implantação de agendas protegidas para a educação permanente dos profissionais. E, fortalecimento da visão multiprofissional para o sucesso do trabalho da equipe. **Conclusão/Aprendizados:** Percebemos que a definição nos municípios de pessoas com perfil, capacitadas para direcionar os processos de educação permanente dos profissionais potencializa a Atenção Primária como ponto de acesso preferencial das Redes de Atenção à Saúde. Para além disso, instrumentaliza as ações, promovendo a integração entre teoria e prática gerando resultados efetivos à atuação em rede.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Processos de Trabalho, Organização, Sistema Único de Saúde.



425-1

## **ATENDIMENTO MÓVEL DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE GAMELEIRA DE GOIÁS**

### **Autores:**

Celita Maria Lobo<sup>1</sup>; Sonia Faustino<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Gameleira de Goiás

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Uma equipe de Estratégia Saúde da Família deve ser responsável pela população residente em seu território. Devendo considerar todas as particularidades que constituem sua área de atuação. **Descrição e objetivos:** Gameleira de Goiás conta com duas Unidades de Básicas de Saúde para prestar o serviço de Atenção Primária à Saúde aos usuários e um extenso território rural, onde reside 56,4% da população municipal. As barreiras geográficas atuam como empecilho ao acesso ao serviço de saúde. O atendimento móvel da equipe saúde da família tem como objetivo garantir o acesso dos usuários residentes na zona rural do município de Gameleira de Goiás aos serviços de saúde ofertados a população. **Metodologia:** O acesso é um dos atributos essenciais da Atenção Primária em saúde. E a garantia desse acesso começa com a organização de um sistema de saúde para que a oferta de serviços básicos consiga chegar nas áreas mais distantes do território. Em 2008, a secretaria municipal de saúde implanta o atendimento das equipes da estratégia da família em pontos estratégicos distribuídos pelo município. A unidade móvel percorre mensalmente pontos estratégicos do município com datas definidas, levando consulta médica, medicações, vacinas, orientações e realizando encaminhamentos necessários. **Resultados/Implicação prática:** O atendimento da equipe da família na zona rural foi alternativa criativa, muito bem aceita pela população que reside na zona rural do município de Gameleira de Goiás. **Conclusão/Aprendizados:** O serviço de atendimento móvel da equipe saúde da família possibilitou o acesso, organizou o serviço, tanto da equipe quanto do usuário, sanando assim as necessidades de saúde da população adstrita.

**Palavras-chave:** Acesso, Atenção Primária à Saúde, Coordenação do Cuidado.



438-1

## CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO E QUALIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO NA UNIDADE RUBENS NORBERTO SOARES DO MUNICÍPIO DE OURÉM ATRAVÉS DO PLANIFICASUS

### Autor:

Luan Brasil dos Reis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS Ourém - Secretaria Municipal de Saúde de Ourém

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O município de Ourém participa do processo de Planificação desde o primeiro triênio do projeto PlanificaSUS no Pará. Nesse período, a Atenção Primária do município tem passado por vários avanços.

**Descrição e objetivos:** Apresentar a experiência de mapeamento do território e estratificação de risco familiar na Unidade Básica de Saúde Rubens Norberto Soares, por meio das oficinas tutoriais do projeto PlanificaSUS. **Metodologia:** Estudo de relato de experiência do processo de mapeamento e estratificação de risco familiar vivenciado na unidade laboratório Rubens Norberto Soares do projeto PlanificaSUS no município de Ourém. O processo de mapeamento se deu em oficinas de tutoria com a presença do tutor e da equipe, utilizou-se o Google Maps como subsídio para a construção do mapa do território e o desenho dinâmico se deu por meio de visitas nas microáreas. A estratificação de risco realizou-se com base na escala de Coelho e Savassi, após resgate teórico e definição de planejamento para a realização da estratificação.

**Resultados/Implicação prática:** Como resultados podemos citar o mapeamento do território da unidade, que proporcionou a identificação de uma área descoberta e de cadastros familiares desatualizados, gerando o planejamento de ações de atualização cadastral das famílias no território, bem como o cadastro de novas famílias. Quanto à estratificação de risco familiar, pôde-se evidenciar pessoas nos diversos ciclos vitais com necessidades de atenção como gestantes, crianças, idosos, acamados, o que direcionou ao conhecimento da vulnerabilidade dessas famílias e da necessidade de cuidado por parte da equipe, direcionando a ações estratégicas para atendimento a eles, como as ações desenvolvidas para idosos, a criação dos grupos de gestantes presencial e virtual implementado com as gestantes da unidade e as ações do outubro rosa. **Conclusão/Aprendizados:** Pudemos perceber que o território é dinâmico e que sua realidade muda constantemente. Identificamos a importância de sempre atualizar as informações das famílias no território, conhecendo melhor as necessidades da população adscrita. Pudemos evidenciar o sucesso do trabalho em equipe na unidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Território, Estratificação de Risco, Qualificação do Atendimento.



443-2

## POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA EXPANSÃO DA PLANIFICAÇÃO À SAÚDE EM ITABAIANA/SE: FORTALECENDO MACROPROCESSOS BÁSICOS NA APS

### Autores:

Adriana Maria Figuerêdo Batista<sup>1</sup>;  
José Suelton Luiz Costa dos Santos<sup>1</sup>;  
Milena Katrine Andrade Santos<sup>1</sup>;  
Willianne Tâmara Conceição dos  
Santos<sup>1</sup>; Sabrina Manoeli Rezende  
dos Santos<sup>1</sup>; Ingridy Brunelly Matos  
de Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Itabaiana/  
SE

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O município de Itabaiana/SE, sede de região, recebeu a segunda fase da planificação à saúde em novembro/2021, entretanto, as UBS já executavam algumas ferramentas das etapas iniciais do projeto. **Descrição e objetivos:** Fortalecer os macroprocessos básicos na APS em todas as UBS, com ênfase na expansão, disseminando as ferramentas da planificação à medida em que executava na primeira fase na UL da APS, visto que conta-se com ambulatório de atenção especializada planejado na rede municipal. No segundo triênio, as UBS em expansão escolhidas são as principais unidades da zona urbana da cidade, comportando no total de oito ESF que junto com a unidade laboratório somam onze ESF, 44% das equipes implementadas. **Metodologia:** O primeiro triênio iniciou em julho/2019 na UL da APS, sendo executado até a Etapa 3 de forma presencial e a Etapa 4 virtualmente, devido à pandemia de COVID-19. Todas as UBS e suas ESF do município receberam a aplicação das ferramentas trabalhadas na UL como: territorialização, estratificação de risco familiar, intensificação do cadastramento da população, informatização e uso de *tablets* pelos ACS, avaliação de estrutura e ambiência, adequação e uso de POPs nas salas de vacina, desenho dos fluxos de atendimento principais, organização dos processos de recepção e atendimento em bloco de horas. **Resultados/Implicação prática:** A territorialização desencadeou a necessidade do remapeamento com a expansão de mais seis ESF. A intensificação do cadastramento na ocasião possibilitou que o município estivesse com cobertura acima de 90% antes da execução do Previne Brasil, facilitado com uso do prontuário eletrônico pela maioria das ESF e *tablets* para todos os ACS. Com a pandemia e necessidades emergentes de reorganização dos processos de trabalho, o município encontrava-se apto para o enfrentamento, uma vez que se encontrava com informatização e atendimento em bloco de horas, principalmente nas UBS escolhidas para atendimento das síndromes gripais. A organização prévia das salas de vacina facilitou a campanha contra COVID-19. A execução do segundo triênio oportunizou a discussão do aprimoramento dos macroprocessos. **Conclusão/Aprendizados:** Com o início da fase de expansão, os maiores desafios foram designar profissionais de saúde para compor a tutoria devido ao tempo de dedicação ao projeto e manter as ESF motivadas. Como algumas ferramentas estavam sendo utilizadas previamente, foi preciso esforço dos tutores para a discussão e aperfeiçoamento dos macroprocessos, ressaltando a importância da educação permanente e continuada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação, Macroprocessos, Territorialização.



449-1

## MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E MONITORAMENTO DA REGIÃO PELO SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Jeovana de Moura Sousa<sup>1</sup>; Egislane da Silva Sales<sup>1</sup>; Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>1</sup>; Juliana Lima Costa de Souza<sup>1</sup>; Milene da Conceição Costa<sup>1</sup>; Helia Cristina Alves Vieira<sup>1</sup>; Kalyanne Maria Nogueira Paiva<sup>1</sup>; Maraisa Pereira Sena<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CEAMI - Centro Especializado em Assistência Materno-Infantil

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Mapeamento e monitoramento da Rede de Atenção à Saúde, permite a análise situacional de saúde da região e ajuda no processo de identificação, e priorização dos problemas e das necessidades de saúde da população em um determinado território, orientando a definição das medidas a serem adotadas. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de estratégias para o mapeamento da Rede Materno-Infantil, realizado pelo Serviço Social de um ambulatório de alto risco. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve como é realizado o mapeamento da região de saúde de Caxias-MA, composta por 7 municípios, pelo serviço social do Centro Especializado em Assistência Materno-Infantil (CEAMI). O monitoramento é feito por meio da planilha de ocorrências do serviço social, sendo ela preenchida diariamente com dados que permitem conhecer a situação e as oportunidades de melhorias da região, planilha de absenteísmo do usuário no atendimento multiprofissional no CEAMI, onde o serviço social realiza busca ativa junto à equipe da Atenção Primária. Outra importante ferramenta usada para esse monitoramento é o grupo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que facilita a comunicação entre os pontos da Rede da Região. **Resultados/Implicação prática:** Com o mapeamento do território de abrangência do CEAMI, o serviço social pode conhecer as particularidades dos 7 municípios da Região, bem como intervir nas questões necessárias em tempo hábil, como o absenteísmo dos usuários, por exemplo. **Conclusão/Aprendizados:** Nota-se que é indispensável essa prática para o fortalecimento da Rede, possibilitando a organização de processos de trabalho em prol das gestantes e crianças que são vinculadas ao CEAMI para que possam ser vistos de maneira integral e inseridos nos serviços ofertados, conforme a necessidade de saúde. **Palavras-chave:** Mapeamento, Monitoramento, Rede de Atenção, Serviço Social, Território.



455-1

## IMPLEMENTAÇÃO DO GRUPO DE HIPERUTILIZADORES COMO POTENCIALIZADOR DA GESTÃO DO CUIDADO E DA ORGANIZAÇÃO DA AGENDA NA UNIDADE REGINALDO ROMARIZ EM CAPANEMA/PA

### Autores:

Natália Brito de Castro<sup>1</sup>; Alessandra Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Capanema

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O levantamento dos usuários hiperutilizadores foi realizado na Unidade de expansão do projeto PlanificaSUS Reginaldo Romariz como uma das ações de gestão do cuidado, com 38 pessoas identificadas. **Descrição e objetivos:** Apresentar relato de experiência da implantação do grupo de pessoas hiperutilizadoras da Unidade Reginaldo Romariz como ferramenta potencializadora da gestão do cuidado na unidade. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de relato de experiência das ações junto ao grupo de pessoas hiperutilizadoras implantado na Unidade de saúde Reginaldo Romariz em Capanema/PA, como ação relacionada à Etapa 4 do projeto PlanificaSUS na unidade. Os encontros do grupo ocorrem uma vez ao mês, onde participam especificamente das ações um grupo de dez usuários hiperutilizadores e a terapeuta ocupacional da equipe multiprofissional de apoio que é responsável pela realização das atividades. Durante essas atividades, comumente a profissional identifica algumas necessidades específicas desses usuários gerando compartilhamento do cuidado com outros profissionais e com outros serviços da rede de saúde do município. **Resultados/Implicação prática:** Como resultados pudemos identificar a redução do número de consultas disponibilizadas para esses usuários na unidade saúde, proporcionando uma organização mais efetiva da agenda e direcionada àqueles usuários que realmente precisam do atendimento; melhora do quadro clínico desses usuários e maior integração desses junto à equipe, proporcionando qualificação no acolhimento e ampliação da satisfação desses usuários. Para além desses benefícios, pôde-se evidenciar o aumento da integração desses usuários nas ações e programas disponibilizados pela unidade de saúde e pelos serviços da rede (CAPS, NASF e serviços especializados) no município. **Conclusão/Aprendizados:** Entre os aprendizados alcançados podemos citar a ampliação da resolutividade do cuidado ao usuário, não apenas por meio da atenção profissional, mas também pela promoção das ações de autocuidado, contribuindo com independência e melhor qualidade de vida desses usuários. Além disso, podemos citar como conquista um melhor relacionamento entre a equipe e os demais serviços disponíveis na rede.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Gestão do Cuidado, Organização da Agenda.



475-2

## USO DE APLICATIVO DE TROCA DE MENSAGEM NA GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

### Autora:

Vanessa Ferreira Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Para proporcionar uma atenção à saúde da população mais eficiente o enfermeiro deve atuar também como um educador, promovendo inovação, difundindo práticas saudáveis e ações recuperação da saúde.

**Descrição e objetivos:** Identificar a efetividade da comunicação por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas para promoção de ações em saúde, focado na melhoria da adesão no acompanhamento de gestantes, puérperas e consultas agendadas na atenção básica. **Metodologia:** Uma equipe de quatro enfermeiros inseridos em um serviço público de atenção básica à saúde utilizou, durante doze meses, um popular aplicativo de troca de mensagens para entrar em contato com pacientes gestantes ou puérperas, onde eram agendadas consultas, disponibilizadas informações úteis, esclarecidas dúvidas e realizadas buscas ativas. Em caso de ausência em consulta agendada, uma nova consulta era agendada e comunicada à paciente por aplicativo. As pacientes foram orientadas a informar antecipadamente sua ausência, facilitando o gerenciamento das agendas dos profissionais. **Resultados/Implicação prática:** Aplicativos de mensagens se mostraram uma eficiente ferramenta de atenção à saúde, proporcionando um contato mais ágil, barato e constante, facilitando o contato entre a equipe de saúde e a população. Dessa maneira, a velocidade da comunicação aproximou profissionais e pacientes, criando vínculos e melhorando o acesso aos serviços de saúde. Mensalmente são agendadas mais de 500 consultas por meio de aplicativo de mensagens. Foi observada uma redução de faltas a todos os profissionais de saúde, pois uma comunicação acontece um dia antes, recordando ao paciente a hora e o profissional que irá atendê-lo. Dessa maneira, foi possível um monitoramento mais real da situação de saúde da população-alvo. **Conclusão/Aprendizados:** A velocidade da comunicação por meio de aplicativos, proporcionou uma redução de casos faltosos na unidade, melhorando os índices de adesão às consultas, facilitando os agendamentos, e proporcionando melhorias mensuráveis dos níveis de saúde e do total de consultas, em especial, de gestantes, diminuindo o deslocamento até a unidade, evitando filas, aglomerações e disseminação viral.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Gestão, Aplicativo.



**476-2**

## **PLANIFICA SOB ÓPTICA DA ACS**

### **Autores:**

Luciana Meneses Borges Botelho<sup>1</sup>;  
Claudia Monteiro<sup>1</sup>; Felipe Fragoso<sup>1</sup>;  
Janaina Rosário de Jesus<sup>1</sup>; Camila  
Marcela da Conceição<sup>1</sup>; Ivani  
Oliveira<sup>1</sup>; Renata Ricci de Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - UBS Campo Limpo

**Descrição e objetivos:** Paródia da música Dona Maria (Cantor Thiago Brava). Objetivo: Educação Permanente para os profissionais de saúde com enfoque no Planifica. Paródia elaborada pela Agente Comunitária de Saúde para sensibilização do profissional e usuários da área de abrangência da UBS Campo Limpo. São Paulo, Zona Sul, UBS Campo Limpo. Planifica. 10 minutos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Planifica, Agente Comunitária de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Visita Domiciliar.



476-3

## VISITA DO ACS: COMO VAI VOCÊ?

### Autores:

Luciana Meneses Borges Botelho<sup>1</sup>;  
Claudia Monteiro<sup>1</sup>; Ivani Oliveira<sup>1</sup>;  
Camila Marcela da Conceição<sup>1</sup>;  
Janaina Rosário de Jesus<sup>1</sup>; Carla  
Pereira Barreto<sup>1</sup>; Felipe Fragoso<sup>1</sup>;  
Giovana Takara<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - UBS Campo Limpo

**Descrição e objetivos:** Paródia elaborada pela ACS Luciana Botelho, da música do Roberto Carlos: Como vai você?, com intuito de enfatizar a visita domiciliar junto aos usuários da área de abrangência da UBS Campo Limpo. São Paulo- SP, UBS Campo Limpo, Zona Sul. 2 minutos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Visita domiciliar, Atenção Primária à Saúde, Agente Comunitária de Saúde, Unidade Básica de Saúde.



### Planifica

Paródia (Dona Maria)

Me escute vou falar desta equipe,  
me desculpe pois mudanças assustam...  
E os dados demonstram o território é grande,  
mas o olhar se amplia e é gratificante.  
Temos grupos de terapia e gestante,  
tem shantala, adolescentes e pang...  
e o acesso é certo, venham sem demora  
vamos avançando, é chegada a hora

Auriculoterapia, tem acupuntura oh maravilha.  
Com Nasf a solução dos casos de família,  
essa equipe têm mostrado fiel.  
Que alegria, hoje só se fala em planifica  
e é com muita garra e ousadia,  
pra nossa equipe o limite é o céu  
cuidar do paciente é o nosso papel.



476-4

## GT: AGENTE COMUNITÁRIA EM AÇÃO

### Autores:

Carla Pereira Barreto<sup>1</sup>; Rosana Rocha Santos<sup>1</sup>; Janaina Rosário de Jesus<sup>1</sup>; Adriana Oliveira Mendes<sup>1</sup>; Gabrielle Albuquerque Silva<sup>1</sup>; Gilmara Rodrigues Laurentino Leal<sup>1</sup>; Leticia Yamakawa de Almeida<sup>1</sup>; Felipe Fragoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - UBS Campo Limpo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Considerando o protagonismo dos Agentes Comunitários de Saúde, desenvolvemos a proposta um espaço de escuta e discussões a fim de qualificar a assistência aos usuários da área de abrangência da UBS. **Descrição e objetivos:** Desenvolvemos a proposta de um espaço de escuta e discussões dentro dos princípios da metodologia ativa, a fim de qualificar a assistência aos usuários da área de abrangência da UBS Campo Limpo. Assim, em um primeiro momento, oito ACS representaram a categoria e puderam contribuir para o levantamento de oportunidades de melhorias no território, observadas durante suas visitas domiciliares. **Metodologia:** Foi pactuado que o grupo deveria se direcionar à melhoria de processos de trabalho. Até o momento, foram realizados cinco encontros, dentro dos princípios da metodologia ativa, e as ações propostas pelas ACS. **Resultados/Implicação prática:** Fortalecimento da captação de gestantes com menos de 12 semanas para iniciar o pré-natal por meio de *checklist* elaborado no GT; Estratégia para fortalecimento da comunicação entre equipe e usuários; Elaboração de *folders* personalizados para os usuários sobre as atividades disponibilizadas na UBS; Apresentação da proposta do GT «ACS em Ação» em reunião técnica. **Conclusão/Aprendizados:** A promoção do espaço de escuta e construção junto às ACS desdobrou-se na produção de diferentes ações em prol de melhorias nos processos de trabalho da unidade, qualificando a oferta de serviços no território. Além disso, este espaço se caracterizou com uma estratégia potente de valorização desta categoria profissional, estimulando a participação e o empoderamento dos ACS.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Agente Comunitária de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Visita Domiciliar.



476-5

## PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: INICIATIVA INTERSETORIAL ESTRATÉGICA PARA O ACESSO DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Carla Pereira Barreto<sup>1</sup>; Fabio Hidalgo  
Valente Bordalo<sup>1</sup>; Felipe Fragoso<sup>1</sup>;  
Viviane Casagrande<sup>1</sup>; Janaína da Silva  
Alves<sup>1</sup>; Renata Ricci de Oliveira<sup>1</sup>;  
Valéria Dias<sup>1</sup>; Leticia Yamakawa de  
Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IIRS - UBS Campo Limpo

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A ação foi solicitada pelos estudantes que sugeriram a temática gravidez na adolescência, por considerarem ser um assunto importante para discutir junto à equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Descrição e objetivos:** Fortalecer o vínculo com a educação, momento este com muitas trocas de saberes. **Metodologia:** A equipe de saúde inserida no cenário da prática sugeriu que, além das reflexões frente à gravidez na adolescência, fosse realizada a abordagem sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Além disso, o tópico da Saúde Mental do adolescente também permeou as discussões, uma vez que a gravidez e as ISTs acarretam eventos que impactam a dinâmica do adolescente. **Resultados/Implicação prática:** A atividade contou com a participação de 140 estudantes do sexto ao nono ano escolar. A equipe de saúde ficou disponível para realizar a escuta qualificada para os adolescentes que se sentiram à vontade para conversar sobre os temas abordados. Quatro adolescentes procuraram a enfermeira para relatar as dificuldades relacionadas à Saúde Mental, pois estavam apresentando crises de ansiedade com frequência, sem motivo aparente, além de relatos de tentativa de suicídio, dificuldades na relação entre os pais e filhos e relacionamentos afetivos. Oportunizou-se acesso aos serviços de saúde da rede (como a UBS de referência e CAPS Infante-Juvenil) e contato com a mãe de uma adolescente e o teste rápido para HIV e Sífilis também ofertado a 116 alunos. **Conclusão/Aprendizados:** Diante desta experiência, observa-se a relevância da articulação entre as redes de saúde e educação. Esta parceria gera resultados promissores à saúde dos estudantes, por meio da identificação de suas necessidades, empoderamento dos indivíduos e ampliação do acesso deste grupo aos cuidados em saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Adolescente, Programa de Saúde na Escola.



478-1

## SENSIBILIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE JUNTO AO CALENDÁRIO VACINAL NAS CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS

### Autores:

Fabricia Crystina da Cunha Ribeiro<sup>1</sup>;  
Monica Cristina Queiroz Araújo<sup>1</sup>;  
Edivania Silva de Sá<sup>1</sup>; Emanuelle  
Miranda Leal Lima<sup>1</sup>; Lindimar Oliveira  
Pereira<sup>1</sup>; Luana Pereira Borges<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O novo modelo de atenção à saúde das populações possui a reorganização da assistência como meta principal, sendo as ferramentas metodológicas do processo de educação em saúde eixo norteador e provocador de reflexões, seja nos modelos de assistência a comunidade, seja na abordagem e postura profissional. A vacinação é uma das ações de saúde pública mais efetivas na redução da morbimortalidade e erradicação de doenças imunopreveníveis. Este relato de experiência expõe de forma positiva o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na abordagem ao calendário vacinal, levantamento e busca ativa das crianças menores de dois anos em uma UBS da zona rural do Município de Matões - MA. **Descrição e objetivos:** Apresentar a melhoria da cobertura vacinal por meio da educação permanente em Imunização para os ACS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que emerge da assistência às crianças assistidas pela UBS Marajá. **Resultados/Implicação prática:** Realizou-se um levantamento e busca ativa das crianças menores de dois anos e observou-se a necessidade de capacitar os ACS com relação ao calendário básico de vacinação, com o intuito de rastrear as crianças com vacinas atrasadas e sensibilizar as mães da importância da imunização. Durante a capacitação foi realizada uma oficina e posteriormente foi feito o rastreio com busca ativa e atualização vacinal nas microáreas de cada ACS. Ocorreu uma maior adesão por parte das mães e outro fato bastante significativo é o conhecimento e o desempenho observado nos ACS durante toda a ação. **Conclusão/Aprendizados:** Almeja-se que com a continuidade das ações possamos elucidar esses fatores que levam à não vacinação, contribuindo para a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e aumento da cobertura vacinal. Ressaltamos ainda a importância da educação permanente para os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, em especial o ACS, pois este desempenha seu papel diretamente no território e pode se revelar como uma das novas estratégias para o alcance das metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitário de Saúde, Imunização, Atenção Primária, Educação em Saúde, Calendário Vacinal.



488-1

## A TERRITORIALIZAÇÃO E GESTÃO DE BASE POPULACIONAL

### Autores:

Celiane Pereira da Silva e Silva<sup>1</sup>;  
Marcio Henrique Sampaio Barbosa de  
Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMSA Mucajaí - Secretaria Municipal  
de Saúde de Mucajaí

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O território é o “lugar” onde acontece o cuidado à saúde gerando resultado de saúde para a população e gestão. A população do território é a razão de ser do sistema de saúde. **Descrição e objetivos:** Realizar diagnóstico da situação de saúde do território para conhecer a população, cadastrar de maneira atualizada e diminuir as inconsistências, garantir acesso aos serviços de saúde da APS e posterior à rede. Desenhar mapas do município para reconhecimento do território, a partir da distribuição mais equânime, levando em consideração as condições de saúde e as características sociodemográficas do município. Melhorar desempenho nos Indicadores do Previne Brasil. **Metodologia:** Esse é o relato de experiência do município de Mucajaí, localizado no estado de Roraima. Foram adotadas a metodologia do PlanificaSUS, observando os macroprocessos básicos da APS. A metodologia está sendo implementada nas 09 UBS e com 09 equipes de ESF. Com processo de territorialização podemos vincular a população nas equipes, dimensionar a necessidade de saúde dessa população, estar presente no território e interagir com as pessoas, famílias e comunidades. Padronizar a utilização da escala de estratificação de risco familiar, padronizar a utilização do plano de cuidado familiar. **Resultados/Implicação prática:** A partir dos cadastros, houve discussões com as equipes sobre a divisão de áreas e microáreas, onde foram incluídas três novas equipes, levando em consideração o parâmetro populacional e desenhadas todas as áreas da cidade em que não havia registro de criação, por ter surgido de maneira informal. Houve redução de inconsistências dos cadastros, o município possuía 19.239 cidadãos cadastrados, sendo que destes 2.631 eram de inconsistências, relativas à população flutuante. Foram padronizados processos de trabalho, como realização da atualização e fornecimento do CNS na recepção antes de qualquer atendimento e vinculação desse cidadão na equipe. O uso do aplicativo e-SUS AB território e o *tablet* disponibilizado aos Agentes Comunitários de Saúde ajudou na otimização do processo. **Conclusão/Aprendizados:** A territorialização permitiu um olhar sistêmico, dinâmico e contínuo para a necessidade de saúde da população e com isso, houve um grande ganho no modo de pensar e agir da gestão. O processo de territorialização possibilitou de forma eficiente a valorização do trabalho dos ACS e equipe. Quanto aos indicadores o município no primeiro e segundo quadrimestres, evoluiu com ISF de 5,77 para 8,34.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Cadastramento na AB, Processo de Trabalho, Território, Territorialização.



488-2

## APLICAÇÃO TECNOLOGIA DURA E AMBIÊNCIA

### Autores:

Celiane Pereira da Silva e Silva<sup>1</sup>;  
Marcio Henrique Sampaio Barbosa de  
Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMSA Mucajaí - Secretaria Municipal  
de Saúde de Mucajaí

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A aplicação da tecnologia dura e organização da ambiência das UBS tem um papel importante na APS como coordenadora da RAS, de forma resolutiva para o fluxo da informação e no desempenho de resultados.

**Descrição e objetivos:** A inclusão da tecnologia e informatização das UBS com a implantação do PEC (rede de sistema), uso dos APP como e-SUS AB território, organização da ambiência, fluxo de atendimentos e a sistematização dos processos de trabalho a partir da educação permanente, estão contribuindo com o desempenho dos Indicadores do Previne Brasil e para reconhecemos as intervenções necessárias no gerenciamento para melhoria da qualidade e segurança das equipes de saúde e dos usuários em cada território. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que vêm sendo implementado no município de Mucajaí, localizado no estado de Roraima, onde estamos utilizando a metodologia do PlanificaSUS para a implementação de macro e microprocessos básicos nas salas de vacinas na APS. A criação da rede de sistemas foi construída pelo coordenador de sistema do município, onde acontecem capacitações no manuseio e conhecimento do sistema pelas coordenações da AB e TI para os profissionais de saúde. A metodologia aplicada por etapa é fundamental para melhoria de resultado de cada território. **Resultados/Implicação prática:** Na ambiência, fim da poluição visual das UBS, organização dos fluxos de atendimento. Utilização dos mapas dos territórios pelas equipes, padronização dos macroprocessos básicos da APS e os microprocessos básicos nas salas de vacinação, melhoria na evolução dos nossos indicadores como forma de incentivo às equipes. Aprimoramento do sistema de informação e rede, instalação do PEC e APP que viabilizam o processo de trabalho como e-SUS AB Território, e-SUS vacinação, e-SUS HELP, e-SUS gestão. Aquisição de computadores e *tablets*, link de acesso VPN. Implantação de servidor centralizador com conexão com todas as UBS, garantia de acesso das UBS, profissionais de saúde. Utilização de *tablet* pelos enfermeiros e ACS nas visitas domiciliares, acessando o PEC e melhorando a qualidade de atendimento ao paciente. **Conclusão/Aprendizados:** Simplificação do processo de cadastramento e atualização dos cadastros da população no território. Eliminação das fichas físicas de cadastro das famílias; rapidez no compartilhamento de informação com o restante da equipe. O município teve uma evolução significativa nos repasses financeiros devido aos indicadores por desempenho e captação ponderada, contribuindo assim para a melhoria das UBS.

**Palavras-chave:** Ambiência, Atenção Básica, Informatização, Tecnologias em Saúde.



499-1

## AVANÇOS ORGANIZACIONAIS NA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA PERNAMBUCO

### Autores:

Ana Cláudia Silva Bezerra<sup>1</sup>; Alice Azevedo de Souza<sup>1</sup>; Edilene de Castro Chaves<sup>1</sup>; Maria Aparecida de Souza<sup>1</sup>; Thamyris Vieira de Barros<sup>1</sup>

<sup>1</sup> IV GERES - IV Gerência Regional de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde busca qualificar a rede de saúde e ampliar a sua resolutividade, atuando na promoção, prevenção e continuidade do cuidado de forma integrada entre a APS e a AAE.

**Descrição e objetivos:** O processo de planificação ocorre por meio de oficinas tutoriais temáticas realizadas em todas as etapas do processo pelo HIAE, utilizando a ferramenta de melhoria contínua PDSA. Para o sucesso da planificação é essencial o envolvimento da gestão municipal, profissionais da RAS, apoio e ações da IV GERES. O estudo objetiva relatar a experiência vivenciada no apoio a atividades da Planificação da APS e a importância de tutores apoiadores no município de Cachoeirinha de março a Outubro de 2022. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a partir da vivência de modificações significativas com a inclusão de tutores apoiadores municipais no município de Cachoeirinha, localizado na VIII Micro da IV GERES. Cachoeirinha apresenta estimativa de 20.618 habitantes, distribuídos em sete microáreas, com uma unidade laboratório (PSF Vila Cabanas) e seis unidades de expansão (PSF Caldeirão, PSF Centro, PSF Lacasa, PSF Vila Noêmia, PSF Tancredo). Foram analisados os resultados alcançados antes e após a estruturação da equipe de tutores apoiadores para a expansão no município. **Resultados/Implicação prática:** A expansão do Planifica iniciou em 2021, porém Cachoeirinha não avançou no processo devido à alta demanda para os profissionais da APS, impossibilitando a agenda protegida para as atividades propostas. Os resultados positivos iniciaram após diálogo entre gestão municipal e tutores regionais para inclusão estratégica de tutores apoiadores, realização de *workcina* presencial com tutores apoiadores e tutores das unidades, a fim de sensibilizar, despertar a necessidade de mudanças que possam atender às necessidades dos usuários. A estratégia possibilitou o avanço da planificação, fortalecendo as ações e apoiando os tutores nas oficinas tutoriais com qualidade, atingindo o objetivo de acompanhar o segundo ciclo de expansão, resgatar etapas pendentes na UL e potencializar as ações da planificação. **Conclusão/Aprendizados:** É de suma importância para a gestão a estruturação de equipe de apoio municipal para a RT que compartilhe a responsabilidade da organização de macro e microprocessos, utilizando o plano de ação para monitorar as ações e demandas urgentes, fortalecendo o vínculo dos profissionais com a gestão e tornando possível a transformação da realidade da assistência na APS integrada a AAE.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada, Tutoria, Processo, SUS.



504-1

## A POTÊNCIA DO COLEGIADO LOCAL NA ORGANIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DE AÇÕES NO SERVIÇO DE SAÚDE

### Autores:

Beatriz da Cruz Barcellos Nunes<sup>1</sup>;  
Talita Rewa<sup>1</sup>; Juliana Molinas Acosta<sup>1</sup>;  
Francisco Mailton de Souza Pinho<sup>1</sup>;  
Andreza Cristina Muniz de Oliveira<sup>1</sup>;  
Luciana Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>; Aline  
Tabat Correia de Souza<sup>1</sup>; Michelle  
Medeiros de Lima<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SBIBHAE - Sociedade Beneficente  
Israelita Brasileira Hospital Albert  
Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A experiência acontece em uma Unidade Básica de Saúde, UBS Vila Praia, localizada na zona Sul de São Paulo, onde o empoderamento do colegiado local na organização do serviço ocorre desde sua formação. **Descrição e objetivos:** Administrada pelo IIRS Albert Einstein e prefeitura (SP), criamos o colegiado local a partir da candidatura e votação de pelo menos um representante de cada categoria profissional, devido à manutenção do processo de planificação implementado no serviço desde a sua inauguração (maio/21) e alinhado ao projeto da Diretoria de Atenção Primária e Redes Einstein. O objetivo é apresentar a formação e atuação de um colegiado local para a construção e operacionalização das etapas da planificação em saúde. **Metodologia:** A formação do colegiado foi no início de 2022, composta por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, TSB, psicóloga, assistente administrativo, médico, ACS e técnico de farmácia. Os encontros são quinzenais com duração de uma hora e 30 minutos. O colegiado exerce a função de pensar coletivamente, participar na tomada de decisões dos processos de trabalho e na organização de oficinas, descentralizando as atividades. O time possui cronograma de execução, faz uso de documentos norteadores da planificação da parceria pública, área técnica, qualidade e núcleo de indicadores institucionais. **Resultados/Implicação prática:** Atualmente, toda mudança significativa dentro do serviço deve ser discutida dentro do colegiado e depois disparada para as equipes e em seguida, é realizada a tomada de decisão. Toda a análise dos indicadores de território e das condições de saúde da população cadastrada foi analisada e discutida por todos e a partir disso, iniciado o processo de reterritorialização. Esse grupo tem a possibilidade de aprender a analisar indicadores e entender melhor como suas ações e da sua categoria repercutem no cuidado. É responsável, também, em estudar melhores práticas e construir oficinas de trabalho com os outros profissionais da saúde. Há descentralização de poder no serviço e essa participação de diversas categorias colabora para o processo de cogestão. **Conclusão/Aprendizados:** No início foi importante ter vários encontros para discussão sobre o papel e responsabilidade daquele grupo que se formava. Ter documentos norteadores e estabelecer um cronograma a ser seguido, foram ações importantes para manutenção e atuação do grupo. Esse time hoje tem uma visão mais macro sobre todas as atividades que acontecem no serviço, para além do setor em que ocupam. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Colegiado Local, Descentralização, Organização em Saúde, Planificação.



505-1

## PLANIFICANDO O TERRITÓRIO: A EXPERIÊNCIA DE PERNAMBUCO

### Autores:

Ana Perez Pimenta de Menezes Lyra<sup>1</sup>; Gilcilene Pretta Cani Ribeiro<sup>2</sup>; Ana Carolina Coelho de Almeida<sup>1</sup>; Maria Francisca Santos de Carvalho<sup>1</sup>; Paulo Caesar Oliveira Santos<sup>1</sup>; Renata Ribeiro Buarque Coutinho<sup>2</sup>; Silvana Patrícia Figuerêdo Silva Monteiro<sup>1</sup>; Suellen D'andrade Cruz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

<sup>2</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A territorialização permite à equipe conhecer sua população e realizar o planejamento e programação de suas atividades focado na realidade local, base para o processo de trabalho da Atenção Primária.

**Descrição e objetivos:** A Planificação da Atenção à Saúde resgata o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, baseada no modelo de gestão por base populacional. Em 2019, Pernambuco aderiu ao PlanificaSUS, com o reconhecimento do Secretário de Saúde sobre a importância do fortalecimento da APS para a organização da RAS, iniciando na VIII microrregião da IV Região de Saúde. Este trabalho tem o objetivo relacionar a PAS ao aumento dos cadastros na VIII microrregião. **Metodologia:** Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde lançou o novo modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil, que traz o cadastro como parâmetro de pagamento e não mais a população IBGE. Foi realizada uma análise dos dados de cadastro disponíveis no eGestor-AB, de domínio público, referentes aos quadrimestres (RDQ) dos anos 2019 a 2022, dos municípios da VIII microrregião, dos municípios das outras duas microrregiões da IV Região de Saúde e do estado de Pernambuco, denominados grupo 1, grupo 2 e grupo 3, respectivamente. Foi utilizada planilha de Excel para análise dos dados. **Resultados/Implicação prática:** Ressalta-se que em março de 2020 foi decretado estado de emergência pela pandemia da COVID-19. Sendo assim, o PlanificaSUS foi reformulado, com ações voltadas ao momento, suspendendo as etapas, retornando a partir de julho de 2021. Observou-se que o crescimento de cadastro entre os anos 2019 e 2020 foi de 22,4%, 19%, e 18,5% e para todo o período foi de 87%, 82% e 74,8%, para os grupos 1, 2 e 3, respectivamente. Nota-se que, apesar da pandemia, o número de cadastros evoluiu. Observa-se que o grupo 1 apresentou um percentual maior de aumento de cadastro nos dois períodos, seguido do grupo 2 e ambos acima do grupo 3 (estado). Com isso, observa-se que o PlanificaSUS pode ter sido o diferencial para o efeito positivo nos cadastros na região em planificação. **Conclusão/Aprendizados:** Os tutores regionais têm utilizado a metodologia PAS no apoio aos municípios para além do VIII micro, impulsionando o nº de cadastros da região, inclusive do grupo 2 que, apesar de menor do que o 1, é maior do que o 3. O resultado corrobora com as falas dos gestores municipais que relacionam o desempenho de suas equipes à Planificação, demonstrando a correlação da PAS para o fortalecimento da APS.

**Palavras-chave:** Planificação, Territorialização, Cadastro, Atenção Primária.



510-1

## PLANIFICASUS TECENDO REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO

### Autor:

Paulo César Oliveira Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SES - Secretaria Estadual de Saúde



**Descrição e objetivos:** A comunicação em saúde ocupa o espaço central no exercício do pensar e do cuidar, onde os atores e seus saberes, envolvidos na comunicação, são mediatizados por um objeto, e estabelecem a comunicação por meio de signos linguísticos (FREIRE, 1983). Neste sentido, justifica-se a adoção de uma marca para o processo do PlanificaSUS em Pernambuco, que contemple o Desenho da Rede de Atenção à Saúde no contexto do território e referenciais étnicos, sociais, culturais, econômicos dos atores envolvidos. VIII Microrregião de Saúde da IV Região de Saúde em Pernambuco. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Redes, Território, Cultura.



Planifica SUS tecendo Redes de Atenção à Saúde no Estado de Pernambuco.



**511-1**

## **OS BENEFÍCIOS DO PLANIFICASUS NA UNIDADE LABORATÓRIO DE AQUIDAUANA MATO GROSSO DO SUL**

### **Autora:**

Daniele Ferreira de Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESAU - Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana

**Descrição e objetivos:** A equipe selecionada pela gestão em Aquidauana para ser a Unidade laboratório do PlanificaSUS foi a ESF Fabio Dutra – Vila Pinheiro, que mostrou maiores dificuldades no processo de territorialização e cadastro, além de indícios de uma assistência pouco resolutiva às gestantes e crianças. Analisar a contribuição do PlanificaSUS no processo de trabalho das equipes de Unidade laboratório. Experiência realizada em Aquidauana, cidade Portal do Pantanal de Mato Grosso do Sul. A unidade de saúde na qual aconteceu a experiência foi a Estratégia de Saúde da Família Dr. Fábio Dutra da Vila Pinheiro. Apresentação da cidade; município sede de microrregião de saúde; explanação sobre PlanificaSUS; apresentação da unidade laboratório; profissionais e gestor falando sobre benefícios do PlanificaSUS.

Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação, Territorialização, Cadastros, Rede de Atenção à Saúde.



511-2

## O IMPACTO QUE A QUALIFICAÇÃO DO CADASTRO E TERRITORIALIZAÇÃO CAUSOU NA UNIDADE LABORATÓRIO DO PLANIFICASUS NO MUNICÍPIO DE AQUIDAUANA MATO GROSSO DO SUL

### Autora:

Daniele Ferreira de Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SESAU - Secretaria Municipal de Saúde de Aquidauana

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Em 2019, Aquidauana aderiu ao PlanificaSUS e a ESF escolhida foi Vila Pinheiro, apresentando dificuldades na territorialização e cadastro refletindo uma assistência pré-natal de baixa qualidade.

**Descrição e objetivos:** O Projeto PlanificaSUS como organizador do processo de trabalho das ESF nos faz enxergar a importância do cadastro e territorialização. Relatar quais foram os benefícios do aprimoramento dos cadastros e territorialização, após implantação do PlanificaSUS, relacionados ao pré-natal. **Metodologia:** Relato de caso sobre quais os benefícios encontrados após aprimoramento do cadastro familiar e individual, assim como estratificação de risco familiar e territorialização da área; bem como essas ações implícitas no processo de trabalho dos trabalhadores da ESF impactou e melhorou os indicadores de saúde relacionados ao pré-natal. Levantamos os dados apresentados pelo município de Aquidauana/MS ao Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), registro no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/DATASUS) ocorridos em Aquidauana MS. **Resultados/Implicação prática:** Na primeira etapa estudamos o alicerce da APS, que usamos como metáfora a construção de uma casa que tem como base principal o cadastro e a territorialização. Percebemos imensa desatualização dos cadastros. Outra informação observada nessa etapa é que estava com uma população grande e na estratificação familiar tínhamos famílias vulneráveis, que estavam dificultando a assistência com qualidade. Após o recadastramento de 100% da área, conseguimos uma redivisão de área, deixando assim equilibrado o número de famílias cadastradas em casa área. Devido ao grande número de crianças e idosos, foi incorporado à equipe mais um técnico de enfermagem para a sala de vacina. Implantação do bloco de horas para todos os profissionais sem dia específico para os programas, atendendo toda demanda com hora marcada. **Conclusão/Aprendizados:** Identificamos a importância de um cadastro correto, podemos desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde dentro na nossa área. O PlanificaSUS nos beneficiou; com a divisão de área podemos acompanhar melhor as condições de saúde dos pacientes; proporcionar um pré-natal de qualidade, pois por meio do bloco de horas temos atendimentos para as gestantes e crianças todos os dias da semana.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação, Territorialização, Cadastros, Mortalidade Materno-Infantil.



530-1

## PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DO MUNICÍPIO DE COLINAS, MARANHÃO

### Autores:

Liliane Neves Carvalho<sup>1</sup>; Francisca  
Natalia Alves Pinheiro<sup>1</sup>; Soliane da  
Silva Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação é uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, visando organizar/integralizar os processos da Atenção Primária/especializada. Em Colinas, o processo iniciou em 2019. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência da gestão com a Planificação da Atenção à Saúde em Colinas, Maranhão. **Metodologia:** Iniciado em 2019, o processo se encontra em andamento, agora na fase de expansão, que consiste em ampliar a experiência da unidade laboratório às demais unidades do município. O objetivo inicial foi a reorganização do trabalho, com o conhecimento do território e população. Concomitante ao trabalho desenvolvido na Atenção Primária, a atenção especializada também foi estruturada, tendo uma maternidade estadual como referência para os 15 municípios e a saúde materno-infantil como linha de cuidado. Para isso, estabeleceram-se fluxos entre a rede com o compartilhamento de gestantes em risco. **Resultados/Implicação prática:** Após três anos da implantação do projeto no município, considerando o período da pandemia de COVID-19, em que as atividades foram suspensas, observa-se muitos avanços, principalmente na organização do processo de trabalho da Atenção Primária, como a construção de mapa territorial, cadastros familiares, com a identificação e estratificação dos riscos, aproximando profissionais e usuários, incentivando o desenvolvimento das ações de coordenação, foco na família, integralidade e responsabilização. A planificação também pode ter auxiliado nas melhorias dos indicadores do Previne Brasil, principalmente naqueles relacionados ao pré-natal. **Conclusão/Aprendizados:** O fortalecimento da Atenção Primária se configura como a principal estratégia no processo de coordenação do cuidado. Apesar das dificuldades, as melhorias observadas na saúde do município mostram a potencialidade do projeto na garantia de uma atenção forte e resolutiva. Com o processo de expansão, espera-se que os resultados sejam ainda mais visíveis, com impactos positivos na saúde da população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Gestão, Planificação.



532-1

## QUEBRANDO OS PARADIGMAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE CENTRO DE UM ESTADO DO SUL DO BRASIL

### Autores:

Jackeline da Rocha Vasques<sup>1</sup>;  
Priscila Rodrigues Rabelo Lopes<sup>2</sup>;  
Eliane Regina da Veiga Chomatas<sup>2</sup>;  
Leane Carvalho Machado<sup>2</sup>; Daniely  
Casagrande Borges<sup>3</sup>; Fernanda Torres  
de Carvalho<sup>3</sup>

<sup>1</sup> UFPR - Universidade Federal do Paraná

<sup>2</sup> CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

<sup>3</sup> SES RS - Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui um vazio na construção do Sistema Único de Saúde. A transição do modelo de gestão da oferta para o modelo de gestão de base populacional é um desafio. **Descrição e objetivos:** A estruturação deficitária e fragmentada dos serviços especializados, associada à ausência de diretrizes operacionais e adequado financiamento, dificulta a provisão do cuidado integral e sustentável. Diante disso, a teoria de Redes de Atenção à Saúde (RAS) propicia uma inovação disruptiva a partir de um novo modelo de ambulatório caracterizado como Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial (PASA). O objetivo deste trabalho é descrever os paradigmas e avanços a partir da implantação do ambulatório no modelo PASA. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido no período de julho de 2018 a setembro de 2022, na Macrorregião Centro do Rio Grande do Sul (RS), composta pelas Regiões de Saúde Verdes Campos e Entre Rios que totaliza 33 municípios. O ambulatório PASA foi implantado, em julho de 2018, por meio da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), executada pela Secretaria Estadual de Saúde do RS com o apoio do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e atualmente está em implementação com o apoio da Beneficência Portuguesa (BP) - PROADI-SUS. **Resultados/Implicação prática:** As oficinas tutoriais e capacitações realizadas no ambulatório PASA instigou a reflexão sobre os processos de trabalho assistenciais e gerenciais, ao mesmo tempo que despertou um misto de sentimentos desde motivação até resistência, que foram ressignificados com o apoio dos facilitadores do método e contribuíram para o engajamento na operacionalização da PAS que resultou na produção da Nota Técnica Estadual da Saúde da pessoa com hipertensão, diabetes e idosa; na implantação do ambulatório PASA na linha de cuidado de HAS e DM e favoreceu a ampliação para a segunda linha de cuidado (pessoa idosa); padronização e monitoramento dos processos por meio da implantação de protocolos e estruturação inicial de indicadores de resultado e processo e fortalecimento dos processos de qualidade, segurança e educacionais. **Conclusão/Aprendizados:** Os avanços obtidos com a PAS na AAE da Macrorregião de Saúde rompem com a hipótese do senso comum de que o método só se efetiva em regiões de pequeno porte. No entanto, evidenciou que é preciso monitoramento contínuo, expertise, escuta qualificada e articulação para que os paradigmas sejam superados e o método seja institucionalizado, contribuindo para a consolidação plena da RAS.

**Palavras-chave:** Atenção Ambulatorial Especializada, Saúde populacional, Redes de Atenção à Saúde.



**541-1**

## **PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA – MUNICÍPIO DE POÇO VERDE-SE**

### **Autores:**

Paloma Rodrigues da Silva<sup>1</sup>; Ana Lucia Sousa Nascimento Melo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O processo de Planificação da Atenção à Saúde trata-se de uma oportunidade para qualificar a assistência do Sistema Único de Saúde para satisfazer as necessidades, as demandas da população. A proposta e vivência do projeto da planificação permite provocar nos profissionais, por meio da análise de suas práticas diárias, o anseio de mudança, reformulando assim os processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. **Descrição e objetivos:** Este trabalho objetiva relatar a experiência da execução do projeto PlanificaSUS na APS, no município de Poço Verde-SE, no período de 2019 até o atual momento, como também analisar a organização de macro e microprocessos da Atenção Primária à Saúde por meio da vivência do projeto. **Metodologia:** Este estudo trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto do desenvolvimento das oficinas tutoriais da Planificação da Atenção Primária à Saúde no município de Poço Verde-SE, utilizando abordagem qualitativa por meio de análise de relatórios técnicos, anotações e observações *in loco*. **Resultados/Implicação prática:** Para o alcance de tais resultados positivos, se faz necessária a integração entre diversos elementos da rede de saúde, como Secretarias Municipais de Saúde, gestores e gerentes dos serviços e entre os profissionais das equipes da saúde da família, equipe multiprofissional e comunidade. **Conclusão/Aprendizados:** É possível constatar que este projeto trará grandes contribuições para melhorar a saúde pública em Sergipe, apesar de ainda não concluído integralmente, o referido projeto é um instrumento propício para organização dos macroprocessos e microprocessos da APS, apresentando potencial para aplicação em outras linhas de cuidado do município e, assim, ofertar a qualificação do planejamento, operacionalização e avaliação das RAS e dos indicadores de saúde da população adscrita.

**Palavras-chave:** Atenção Primária de Saúde, Macroprocessos, Planificação, Saúde, SUS.



543-1

## A UTILIZAÇÃO DO GEOPROCESSAMENTO NA IDENTIFICAÇÃO DO TERRITÓRIO, USUÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA E CONDIÇÕES DE SAÚDE, EQUIPAMENTOS SOCIAIS, ÁREAS DE RISCOS E ESTRATIFICAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO MAPA DE COBERTURA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF

### Autor:

Heleno Alves da Silva Junior<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Jardim Pernambuco

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como pilares a territorialização e a atuação da Equipe de Saúde da Família, especialmente o Agente Comunitário de Saúde - ACS. No cadastramento do usuário de saúde e domicílio, a operacionalização da ferramenta de geoprocessamento auxilia na delimitação das áreas de atuação dos ACS e no mapeamento e análise espacial de agravos à saúde dos grupos populacionais atendidos. O geoprocessamento facilita a identificação das áreas de cobertura para formulação do mapa de saúde, importante mecanismo para o planejamento das ações de saúde e intervenções da Equipe de Saúde da Família - ESF e intersetoriais. **Descrição e objetivos:** Descrever o perfil de saúde com base no cadastro da ficha individual e domiciliar, com auxílio do geoprocessamento na identificação da área de cobertura, delimitação do território de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família - ESF. **Metodologia:** No primeiro momento, devem ser realizadas reuniões com os profissionais de saúde para apresentação da ferramenta de geoprocessamento. Posteriormente, com os Agentes de Saúde instrumentalizado o manuseio do GPS com base nos cadastros individuais e domiciliares. Após a capacitação dos profissionais da ESF, realizar etapa com o trabalho de campo, em que os ACS coletarão as coordenadas dos domicílios atendidos e demais localizações de equipamentos, além de pontos críticos relacionados ao saneamento básico e outras áreas críticas. Os pontos coletados em campo foram extraídos do GPS, utilizando o *software* do Google Maps. **Resultados/Implicação prática:** A metodologia utilizada permite a elaboração de um Sistema de Informações Geográficas, que possibilitou mapear as microáreas e os percursos dos ACS, identificando os endereços e os pontos críticos no setor. **Conclusão/Aprendizados:** O geoprocessamento permite identificar as microáreas dos ACS que devem ser priorizadas para a intervenção em relação ao saneamento básico, e como consequência contribuir para a melhoria da situação de saúde no território. Considera-se ainda que é cabível a incorporação do geoprocessamento nas atividades de educação permanente dos profissionais da ESF, visando sua aplicação na rotina na atualização do mapa inteligente.

**Palavras-chave:** PlanificaSUS, Atenção Primária, SUS, Territorialização, Estratificação.



545-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENGAJAMENTO EM GRUPO TUTORIAL, DO CICLO 2 PLANIFICASUS, NUMA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA ATIVA

### Autores:

Afonso Luís Puig Pereira<sup>1</sup>; Luana Santos de Camargo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Um grupo tutorial formado para planeamento de ações de educação continuada e permanente visou a incorporação da estratégia PlanificaSUS no processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS). A metodologia de Planificação da Atenção à Saúde (PAS) tem como prerrogativa fortalecer o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. **Descrição e objetivos:** Abordar, de forma leve e pedagógica, os atributos da APS, com ênfase em acesso, e o conceito de gestão com base populacional visando revisitar o processo de territorialização, conforme recomendação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), seguindo modelo teórico do *Workshop* Ciclo 2 PlanificaSUS. **Metodologia:** As estratégias pedagógicas planejadas e definidas pelo grupo tutorial de maneira horizontal e colaborativa foram: a) dramatização por meio de uma história parodiada da Branca de Neve e os Sete Anões transformando-se em Princesa População de Neve e os Sete Atributos da APS – a Princesa População de Neve foi salva da Rainha Má Gestão da Oferta pelo Príncipe Gestão de Base Populacional com apoio dos Sete Atributos da APS - ; b) gameficação para contextualização sobre território e sedimentação de conceitos desenvolvidos na apresentação de teatro; c) paródia musical recitada pelos organizadores com reforço de conceitos teóricos; d) um fechamento com exposição não dialogada para síntese. **Resultados/Implicação prática:** Além de favorecer na fixação dos conceitos supracitados, a horizontalidade do processo criativo em grupo fortaleceu e formou uma identidade entre os membros do grupo. Além disso, por ter sido utilizado um formato andragógico, os trabalhadores que assistiram e participaram da metodologia destacaram a ludicidade e a leveza do processo pedagógico. Desta forma, valorizou-se os conhecimentos prévios, bem como foram reforçados conceitos atingindo o objetivo proposto. **Conclusão/Aprendizados:** O primeiro ponto a ser destacado foi o engajamento do grupo tutorial devido à liberdade de criação. Ofertar espaço e apoio a profissionais responsáveis, com conhecimentos pedagógicos, traz o sentimento de pertencimento e automotivação dos envolvidos. Essa conjuntura promoveu a possibilidade de aprendizado e troca de conhecimentos, portanto, educação permanente de todos envolvidos atingindo os objetivos propostos com êxito e sucesso.

**Palavras-chave:** APS, Grupo Tutorial, Método Ativo de Ensino Aprendizagem, PlanificaSUS.



547-2

## PLANIFICASUS NA REGIÃO DE SAÚDE MADEIRA MAMORÉ: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

### Autores:

Clenilda Aparecida dos Santos<sup>1</sup>;  
Jarbas Galdino Bandeira<sup>1</sup>; Patrícia  
Juliana dos Santos Nienow<sup>1</sup>; Wanessa  
Carvalho Prado Ida<sup>1</sup>; Marta Maria  
Oliveira Duarte<sup>1</sup>; Luiz Leonardo  
Louzada Nobrega<sup>2</sup>; Danuza Barros  
Gomes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> SESAU - Secretaria de Estado da Saúde  
de Rondônia

<sup>2</sup> CEO - Nobre Lion Assessoria e  
Consultoria em Saúde Ltda

<sup>3</sup> ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino,  
Pesquisa e Inovação

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde é um instrumento de gestão para organizar e realizar o planejamento das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A metodologia utilizada é o ciclo de melhorias, o PDSA. Em Rondônia, sobretudo na Região de Saúde Madeira Mamoré, o projeto iniciou em 2019 e é conhecido como PlanificaSUS. Além disso, a linha de cuidado prioritária escolhida foi a materno-infantil e tem como apoio na condução a instituição Hospital Israelita Albert Einstein por meio de uma equipe de consultoria, além dos instrumentos e sistemas disponibilizados pelo E-planifica. **Descrição e objetivos:** Apresentar as contribuições do projeto PlanificaSUS na Região de Saúde Madeira Mamoré, em Rondônia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado durante o desenvolvimento da fase dois, no período de setembro de 2021 a novembro de 2022. **Resultados/Implicação prática:** É uma ferramenta com potencial para a organização do processo de trabalho interno nas unidades de saúde, seja na APS e na AAE, pois mobilizou gestores, profissionais da saúde e usuários dos serviços nas nove unidades laboratórios da região Madeira Mamoré. Além disso, melhorou a cobertura de cadastro populacional e oportunizou momentos de reflexão e discussão tendo como base a metodologia PDSA. Destacam-se como desafios a expansão do projeto para 100% das Unidades Básicas de Saúde da região, a comunicação eficaz entre a APS e a AAE e a inserção de mais uma linha de cuidado prioritária, como a de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*. **Conclusão/Aprendizados:** Para alcançar os objetivos do projeto todos devem estar envolvidos, sobretudo a participação e envolvimento dos gestores municipais (prefeitos, secretários de saúde e coordenadores) e do estado. Além disso, o comprometimento dos profissionais de saúde envolvidos no processo é fundamental para o êxito.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planificação da Atenção à Saúde, Regionalização.



547-3

## APLICAÇÃO DA ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Clenilda Aparecida dos Santos<sup>1</sup>;  
Sachanna Mychelly Morais Torres<sup>1</sup>;  
Madeleine Lais Soares Fernandes  
de Lima<sup>1</sup>; Gleide Pimentel Alvarado  
Malaquias<sup>2</sup>; Luiz Leonardo Louzada  
Nobrega<sup>3</sup>; Danuza Barros Gomes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> SESAU - Secretaria de Estado da Saúde  
de Rondônia

<sup>2</sup> SEMUSA - Secretaria Municipal de  
Saúde de Guajará Mirim

<sup>3</sup> CEO - Nobre Lion Assessoria e  
Consultoria em Saúde Ltda

<sup>4</sup> ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino,  
Pesquisa e Inovação

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Escala de Coelho e Savassi é um instrumento de estratificação de risco familiar que utiliza sentinelas, contendo escores de avaliação que são utilizados durante a visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Tal instrumento possui objetivo de determinar o risco social e de saúde das famílias adscritas a uma equipe de saúde. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência na realização de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde sobre a classificação do risco familiar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o desenvolvimento do projeto PlanificaSUS, fase dois, na Região de Saúde Madeira Mamoré, em Rondônia. A intervenção foi realizada por meio de duas oficinas nos meses de maio e setembro de 2022, na modalidade remota, contando com a presença de 60 ACS. No primeiro momento houve a exposição teórica e a realização de exercícios coletivos baseados em casos clínicos; no segundo e último momento juntamente com os ACS realizou-se esclarecimentos sobre a classificação de risco de famílias que eles já estavam acompanhando. **Resultados/Implicação prática:** O planejamento das Visitas Domiciliares é fundamental para os ACS; a estratificação do risco familiar pela Escala é uma ferramenta eficaz no direcionamento das ações da equipe de saúde às famílias com maiores necessidades e/ou vulnerabilidades, justificando a priorização dos atendimentos. Há necessidade de fortalecer ações de educação permanente, devido à rotatividade de profissionais no âmbito da APS. Torna-se fundamental adaptar a escala para a realidade regional, pois o instrumento fora elaborado utilizando a Ficha A do SISAB e atualmente, a ficha não retrata a realidade das sentinelas que a ficha A do e-SUS APS possui, além das especificidades da região Madeira Mamoré que há entre os usuários do Sistema Único de Saúde, os ribeirinhos, os indígenas, povos do campo e da floresta. **Conclusão/Aprendizados:** As atividades de qualificação/atualização dos profissionais da APS são importantes, pois promovem a troca de saberes e, consequentemente, geração de novos conhecimentos entre os envolvidos. Tal oficina foi considerada de grande magnitude para os ACS no que tange a informações compartilhadas, de modo a ajudá-los no que se refere ao planejamento de sua rotina de trabalho e um olhar mais ampliado sobre a real situação de vulnerabilidade vivida pela população por eles acompanhada.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Planejamento, Planificação da Atenção à Saúde.



556-1

## POTENCIALIDADES NO USO DO BLOCO DE HORAS PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO NO BAIXO AMAZONAS

### Autores:

Leidiane Santarém Valente<sup>1</sup>; Juciara de Oliveira Sampaio<sup>2</sup>; Sonaira Serrão Castro Ribeiro<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa Shimocomaqui<sup>2</sup>; Aldecy de Almeida Bezerra Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SMSP - Secretaria Municipal de Saúde de Parintins

<sup>2</sup> SBIBAE - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Parintins, um dos municípios mais populosos do Estado do Amazonas, acesso somente via fluvial ou aérea. Implantou o projeto PlanificaSUS em 2019, na unidade laboratório APS Bairro da União. **Descrição e objetivos:** Apresentar relato de experiência na implantação do agendamento e atendimento por bloco de hora na unidade laboratório APS, com apoio do projeto PlanificaSUS. **Metodologia:** Foi realizada educação permanente com os profissionais da unidade laboratório por meio de *Workshop* e oficina tutorial, apresentando a teoria e prática do gerenciamento de fluxo, agendamento da demanda e utilização de bloco de horas. Realizada educação em saúde aos usuários para apresentar as mudanças e atendimento, com objetivos de qualificar a assistência e o acesso. **Resultados/Implicação prática:** Acabaram com as filas; unidade e equipe mais organizadas; acesso ampliado, conseqüentemente, qualidade no atendimento ao usuário que passou a agendar o atendimento em horário definido de acordo com sua necessidade. **Conclusão/Aprendizados:** Capacitações, comunicação efetiva são importantes e trazem mudança no processo de trabalho das equipes, a metodologia da planificação traz ferramentas importantes para reorganização de processos, qualificação das equipes e qualidade no cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Acesso, Bloco de horas, PlanificaSUS.



564-1

## UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADES LÚDICAS, NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO, PROMOÇÃO E ORIENTAÇÃO EM SAÚDE NAS UBSFS

### Autores:

Laísa Paula Alves<sup>1</sup>; Lorena Afonso Borges<sup>1</sup>; Ana Rita de Faria<sup>1</sup>; Ariane Meira Gonçalves<sup>1</sup>; Cynthia Stockler<sup>1</sup>; Elky Cecília Freitas de Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A utilização do lúdico na Atenção Primária à Saúde é uma poderosa ferramenta para a educação em saúde, otimizando os resultados e o relacionamento interpessoal do paciente com toda equipe de saúde. **Descrição e objetivos:** A ação educativa em saúde é a transmissão e troca do conhecimento visando a proteção, promoção e prevenção; e pode ser realizada por meio de atividade lúdica, refletindo na qualidade do atendimento. É fulcral que o profissional tenha visão holística, sem restringir-se ao cuidado assistencialista, contemplando o psicológico, social e emocional do indivíduo, humanizando o cuidado. O lúdico é cultural e presume a aquisição de estruturas cognitivas, que ajudarão a assimilar melhor a mensagem. **Metodologia:** Para tanto, são realizadas Salas de Espera com; danças, músicas, teatros e personagens seguindo os calendários da saúde, voltadas às suas temáticas. São feitos nos Grupos Operativos, apresentações teatrais, paródias e dinâmicas para elucidação de assuntos. Nas consultas de puericultura, são utilizadas fantasias e adereços infantis no intuito de fortalecer o vínculo e confiança com a criança. Já nas ações Extramuros, como as campanhas de vacinação e palestras escolares, por exemplo, utilizam-se fantasias infantis temáticas. Há também ações voltadas à população idosa e acamada, como as serenatas. **Resultados/Implicação prática:** Dentre os resultados das atividades propostas para a promoção da saúde destacou-se: Por meio dessas estratégias lúdicas pode-se observar que os pacientes tiveram a oportunidade de interagir. O vínculo que surge durante a atividade lúdica com os pacientes se torna um ponto de confiança que pode e deve ser usado para amplificar a promoção da saúde. **Conclusão/Aprendizados:** A criação de espaços educativos e preventivos no setor de saúde contribui para a melhoria da qualidade dos serviços, conseqüentemente em uma atenção diferenciada aos pacientes, colocando-os como protagonistas no processo de aprendizagem, estes, por sua vez, interagem relatando suas experiências, aprendendo e tirando suas dúvidas, fortalecendo o relacionamento interpessoal, culminando em um aumento na qualidade da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Lúdicas, UBSF, Atenção Primária, Promoção da Saúde, Humanização.



**565-1**

## **RESGATANDO OS MACRO E MICROPROCESSOS BÁSICOS DA APS, COM ÊNFASE NO TERRITÓRIO – UMA RELEITURA DA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS APÓS PANDEMIA DO COVID-19 NA CLÍNICA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA HORA EM CAMPO DO BRITO/SE**

### **Autores:**

Milena dos Anjos Castro Lessa<sup>1</sup>; Kyzze  
Correia Fontes<sup>1</sup>; Sandra Messias de  
Andrade<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PlanificaSUS - PlanificaSUS

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Durante a pandemia de COVID-19, Campo do Brito, município localizado no agreste sergipano, houve a necessidade de pausar as ações das Equipes de Saúde da Família, pausando as ações do PlanificaSUS. **Descrição e objetivos:** Descrever o processo de resgate do projeto. Discorrer sobre estruturação do plano de ação. Demonstrar implementação das etapas anteriores em paralelo as Etapas do ciclo 2. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado no contexto do resgate dos Macro e Microprocessos básicos da APS na Unidade Laboratório, em Campo do Brito/SE. Em 28/07/2021 iniciou-se o resgate da Etapa 3, e no mesmo momento estava acontecendo a Etapa 5 na UL. Sendo necessário o resgate da Estratificação de risco familiar, por meio de reuniões com as ESF apresentando a Escala de Coelho e Savassi, atualização e cadastramento dos usuários, organização das pastas família e identificação e estratificação das subpopulações: gestantes, crianças < 2 anos, HAS e DM. **Resultados/Implicação prática:** Ampliação de 01 Equipe de Saúde da Família. Reorganização do território (estratificação de risco familiar), engajamento das equipes (principalmente dos ACS). **Conclusão/Aprendizados:** Compreensão de um dos elementos estruturais para operacionalização da RAS, a governança. A importância de ter a gestão legitimando o processo, bem como os espaços de decisão e deliberação. O apoio das tutoras estaduais e das analistas no processo, tendo em vista que são atores externos e auxiliam. Resgate de micro e macroprocessos básicos, em concomitante a implementação da Etapa 5,6,7 e 8.

**Palavras-chave:** APS, Macroprocessos, Microprocessos, PlanificaSUS, Território.



569-1

## DESAFIOS E SUPERAÇÕES NA IMPLANTAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DO BAIXO AMAZONAS

### Autores:

Leidiane Santarém Valente<sup>1</sup>; Sonaira Serrão Castro Ribeiro<sup>1</sup>; Juciara de Oliveira Sampaio<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa Shimocomaqui<sup>1</sup>; Aldecy de Almeida Bezerra Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMSP - Secretaria Municipal de Saúde de Parintins

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PlanificaSUS traz para APS instrumentos para qualificar processo de trabalho o serviço com enfoque no usuário. A estratégia é romper paradigmas convencionais incoerentes com as políticas de saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar os desafios e resistências enfrentados pelos tutores na execução do projeto de implantação da planificação na APS, bem como expor como foi possível superar os desafios junto aos profissionais e usuários ao novo modelo de atenção à saúde. **Metodologia:** Qualificar os tutores, realizar os cursos na plataforma, participar das oficinas tutoriais e encontros para construir competência e habilidades para executar o projeto com maior segurança. **Resultados/Implicação prática:** Todo processo de mudança gera estranheza e resistência, pois, na maioria das vezes, os profissionais encaram como sendo um trabalho ou uma atividade a mais a ser desenvolvida, entretanto, ao longo de todo o projeto, fomos relacionando cada etapa à própria Política Nacional da Atenção Básica enfatizando as suas funções e atribuições, e nessa crescente troca de saberes conseguimos fazer entender que o PlanificaSUS não uma atividade a mais, mas sim um projeto orientador e instrumentalizador que vem para fortalecer e qualificar a assistência não somente da APS, mas de toda a RAS. O método utilizado para integrar os profissionais ao projeto foram *Workshop*, oficina tutorial e o alinhamento de atividades. Aos usuários foram aplicados momentos de educação em saúde como forma de orientação. **Conclusão/Aprendizados:** A Planificação com todos os seus instrumentos, sua metodologia e didática mostra que é possível sim termos a APS como ordenadora da RAS. É preciso que toda equipe seja persistente, qualificada e preparada para argumentar junto aos profissionais que o projeto é um método de organização do sistema existente e assim, fazer destes profissionais apoiadores e modelos para outras unidades.

**Palavras-chave:** Desafios, APS, Superação, Reorganização, Planificação.



571-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PLANIFICAÇÃO: SOLUÇÃO PARA CADASTROS DUPLICADOS NA BASE LOCAL DO TERRITÓRIO UTILIZANDO PEC E POSTGRES

### Autor:

Luiz Carlos Fonseca da Câmara<sup>1</sup>

<sup>1</sup> PMJP - Prefeitura Municipal de Jardim de Piranhas

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O presente trabalho descreve a etapa de investigação acerca de problemática encontrada em base local de dados do programa PEC. Traça, sucintamente, cenários que contribuem para o escalonamento do comportamento de erro. Descreve os impactos financeiros sofridos pelo município que implicou o processo de busca. Objetivou proporcionar uma query SQL que pode ser executada no banco de dados PostgreSQL para a identificação dos erros na base de dados Prontuário Eletrônico do Cidadão. Contendo nos anexos um tutorial para replicar a solução em qualquer computador com PEC instalado. **Descrição e objetivos:** O caso relatado no presente trabalho abordará de forma prática uma intervenção realizada no município de Jardim de Piranhas, no interior do Estado do Rio Grande do Norte. A problemática envolve o Sistema e-SUS AB na função de Cadastro de Cidadão dos usuários na base de dados municipal. O comportamento do erro na nossa experiência apenas foi detectado após o seu escalonamento. Ao final do texto, haverá um breve tutorial de como construir a solução no Postgres, que é o banco de dados utilizado pelo programa PEC, e possibilitar uma metodologia de como esses dados são utilizados para resolver as duplicidades. **Metodologia:** A metodologia utilizada consistiu em realizar uma busca no banco de dados Postgres que é instalado por padrão junto com o PEC. A partir do código, conseguimos uma forma de localizar todas as duplicidades e unificá-las. **Resultados/Implicação prática:** A partir do trabalho de unificação foi possível limpar todas as duplicidades na base local, bem como ter uma melhor contagem nos indicadores das metas do Previne Brasil. **Conclusão/Aprendizados:** O aprendizado originado com a prática é a melhor gestão de algo fundamental na gestão de base populacional, que é conhecer a realidade e sobretudo checar se o que está sendo extraído nos relatórios de fato condiz com a realidade.

**Palavras-chave:** Cadastros, Duplicidades, PEC, Banco de Dados, Postgres.



577-1

## OS OBSTÁCULOS DA IMPLANTAÇÃO DO BLOCO DE HORAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE PARNARAMA-MA

### Autores:

André Luiz de Oliveira<sup>1</sup>; Joyce Driely Carvalho Silva<sup>1</sup>; Ivana Beatriz Lima Santos<sup>1</sup>; Sheysa Carneiro de Almeida<sup>1</sup>; Cintia Barbosa Leal<sup>1</sup>; Tchalysson Rodrigo Alves Gomes<sup>1</sup>; Luan Sabriny Santos Miranda<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A construção social da APS se dá pela organização de macro e microprocessos, entre eles está a organização do atendimento por meio da implantação do bloco de horas. Essa ação tem como base um atendimento médio de 20 minutos, onde permite o cliente dizer o horário e o dia que deseja ser atendido na unidade. Assim, introduz uma flexibilidade na atenção, atendendo os clientes com tempos diferenciados, conforme as naturezas singulares de suas demandas. O bloco de horas não condiz com a velha lógica do “dia do programa”, segundo a qual se concentram atendimentos de pessoas usuárias com a mesma condição crônica para o mesmo dia e mesmo período. **Descrição e objetivos:** Desburocratizar o acesso a APS; manter o equilíbrio entre a demanda e a oferta; identificar os hiperutilizadores; analisar o absenteísmo. **Metodologia:** O bloco de horas na APS da Zona Rural do município de Parnarama/MA aconteceu a partir das orientações recebidas em tutorias pelo CONASS e pela Coordenadora da Atenção Primária, bem como a implantação do POP de Recepção, o qual a partir daí é realizado pela equipe da Unidade Básica de Saúde. Nas equipes informatizadas, o bloco de horas se dá por meio da agenda eletrônica no PEC e nas demais, o bloco de horas acontece no livro de marcação. Foram pactuadas algumas regras para que possamos educar a nossa população sobre o novo modelo de organização, como entregar o agendamento por escrito, com horário, data agendada, como também orientações, chegar apenas 5 minutos antes do horário agendado, se caso o cliente se atrasar, ele será o último a ser atendido e se der tempo e caso não dê, ele terá que reagendar. **Resultados/Implicação prática:** Inicialmente, no agendamento por bloco de horas, houve resistência da população, pois o cliente já estava habituado a ter um só dia de marcação na semana e que, às vezes, não conseguiam uma vaga para o atendimento desejado, porém com a implantação do bloco de horas houve a efetivação de desburocratização do acesso na APS, melhorando as ofertas dos serviços prestados, trazendo mais segurança para os profissionais no entendimento da demanda. O bloco de horas junto com o POP de Recepção permitiu a identificação dos usuários que mais necessitam de atendimento. **Conclusão/Aprendizados:** Com a implantação do bloco de horas, percebeu-se uma melhora significativa na qualidade do acolhimento aos usuários e na resolutividade dos serviços ofertados, porém há alguns empecilhos a serem enfrentados, como os faltosos e os hiperutilizadores dos serviços oferecidos na UBS.

**Palavras-chave:** Obstáculos, Implantação, Bloco de Horas, Zona Rural, APS.



582-2

## SALA DE SITUAÇÃO: UM ESPAÇO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

### Autores:

Viviane Scandiucci Mota<sup>1</sup>; Karina  
Leticia Dantas Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIAE - Hospital Israelita Brasileiro Albert  
Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Entre os anos de 2019 e 2021, as Unidades Básicas de Saúde sob gestão do Parceiro Einstein tiveram mudanças nos sistemas de base de dados do território. **Descrição e objetivos:** Em 2019, o sistema de dados era o SIABMUN. Em 2020 ocorreu a implantação do Sistema Ehealth, que permitia o acompanhamento dos dados do território de forma sistêmica e on-line. Devido a questões contratuais, foi implantado o e-SUS território, versão esta que é recente e as equipes estão em fase de adaptação. Sendo assim, a equipe da liderança da AMA/UBS Vila Prel desenvolveu uma ferramenta Sala de Situação, com o objetivo do acompanhamento mensal dos dados do território. **Metodologia:** É uma planilha dinâmica, com série histórica, contendo os principais indicadores do contrato de gestão da PMSP e BSC da Instituição. São agendados horários entre ACS, Enfermeiros e Sênior, quando a planilha matriz é aberta para imputação dos dados de cada equipe. Todos os meses os dados são avaliados e discutidos, sendo um momento de educação permanente, servindo de base para o planejamento mensal, territorialização e organização das agendas, considerando o perfil populacional. **Resultados/Implicação prática:** Os principais resultados foram o aumento de pessoas cadastradas por equipe, identificação de situações de risco no território e notificação de violência. As equipes se apropriaram dos casos de óbitos e hospitalização, permitindo as investigações de óbito de forma proativa. Outro ganho é que a equipe passou a mapear os pacientes acompanhados nos Centros de Atenção Psicossocial. É possível acompanhar o potencial de crescimento de cada área com o número de famílias cadastradas e não cadastradas. Antes os dados eram entregues apenas como cumprimento de uma atividade numérica e hoje, os dados são passados de forma mais trabalhada, aproximando as equipes da liderança da Unidade, tornando os dados numéricos em ações tangíveis. **Conclusão/Aprendizados:** Fato dos enfermeiros reconhecerem que é necessário haver um tempo estruturado para acompanhar de forma sistêmica os resultados do território. Desafios: gestão do tempo e gestão dos dados, visto que se faz necessário reunir-se uma vez por mês com todos os ACS e seus enfermeiros e que, por demandas diárias, tendem a comprometer a assiduidade de todos os membros da equipe.

**Palavras-chave:** Educação Permanente, Gestão dos Dados, Sala de Situação.



**593-1**

## **LANDRI SALES É DESTAQUE NO PREVINE BRASIL PELA TERRITORIALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS CADASTROS**

### **Autores:**

Kellyce de Miranda Sousa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS Landri Sales-PI - Secretária de Saúde de Landri Sales-PI

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O presente trabalho visa mostrar a organização da base populacional como fator positivo para o alcance de metas para o Programa Previne Brasil. **Descrição e objetivos:** Apresentar o município de Landri Sales (PI) como experiência exitosa no alcance dos indicadores de capitação ponderada do programa Previne Brasil, tanto no âmbito estadual quanto nacional em 2021. Relacionar seu progresso na territorialização e cadastramento da população à organização dos macros e microprocessos da APS por meio da Planificação e no monitoramento e atualização dos cadastros das equipes de saúde da família. **Metodologia:** Por meio de reuniões de equipes, identificamos as áreas descobertas, redistribuímos as áreas entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), levando em consideração a questão geográfica, acesso, situação socioeconômica e processo saúde-doença dos territórios. **Resultados/Implicação prática:** O município evoluiu com o cadastro da população, conhecendo o território e as famílias adscritas, cadastrando 100% destas em prontuário eletrônico, estratificando o risco familiar e contribuindo para a organização das equipes qualificando a assistência. **Conclusão/Aprendizados:** Com o propósito de contribuir com o Sistema Único de Saúde, espera-se que o desempenho do município possa se manter e estimular as demais Secretarias à adoção de estratégias para a organização da APS com foco na atenção integral, facilitação do acesso aos serviços de saúde e no fortalecimento do papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. **Palavras-chave:** Landri Sales-PI, Previne Brasil, Base Territorial, Cadastros, Organização.



**599-1**

## **CONSTRUÇÃO DO MAPA DE TERRITÓRIO COMO FERRAMENTA PARA A GESTÃO DO CUIDADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **Autores:**

Karla Yasmine da Silva Braga<sup>1</sup>;  
Antônio Sousa Silva<sup>1</sup>; Maria Daiane  
Lima Menezes<sup>1</sup>; Sileia de Nazaré  
Silva<sup>1</sup>; Dilcileia Santos Silva<sup>1</sup>; Rogério  
Silva da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NOM - Nelson Osório de Mendonça -  
Boca de Ourém

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A construção do mapa trouxe informações específicas e geográficas, como também informações a respeito da característica da população, no sentido de acompanhar o território e sua população, facilitando assim a redistribuição de áreas antes descobertas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim, possibilitando enxergar melhor a população e seu território para obtermos uma cobertura de 100% da área de abrangência da unidade. **Descrição e objetivos:** Este trabalho teve como objetivo geral a atualização do mapa territorial da área de abrangência da USF Nelson Osório de Mendonça, zona rural município de Bonito/PA, e como objetivo específico a redistribuição de áreas descobertas na abrangência da área da unidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da equipe da unidade de saúde, sobre a construção do mapa territorial e sua redistribuição de áreas antes descobertas pela unidade. **Resultados/Implicação prática:** Tivemos como resultados a cobertura de 100% dos Agentes Comunitários de Saúde na área de abrangência da unidade. **Conclusão/Aprendizados:** Contribuir para a melhoria da cobertura da população assistida pela USF Nelson Osório de Mendonça, melhorando assim os atendimentos e conhecimento sobre os agravos da população.

**Palavras-chave:** Gestão de Cuidado, Mapa Territorial, Redistribuição de Áreas.



**602-1**

## **ONDE ESTAMOS, ONDE QUEREMOS CHEGAR E O QUE FAREMOS PARA CHEGAR**

### **Autora:**

Anne Karolyne da Silva Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Atenção Primária é o primeiro contato que as pessoas têm com os sistemas de saúde. Esse é o passo inicial que busca entender a complexidade de cada caso (individual ou coletivo) para, assim, direcioná-lo ao atendimento mais adequado. Para isso, precisamos mudar do modelo de Gestão de Oferta para o modelo de Gestão da Saúde populacional, onde deixaremos de trabalhar com censos demográficos e com uma população geral, para trabalhar com uma população adstrita, cadastrada e vinculada de APS, cadastrada de acordo com os riscos sociais e sanitários. Descrever a experiência de organização da gestão municipal para a organização da Atenção Primária à Saúde em um município do Maranhão.

**Metodologia:** A experiência ocorreu no município de Governador Eugênio Barros, na Região de Presidente Dutra, no Estado do Maranhão, no período de Setembro e Outubro de 2022, vivenciando no momento de implantação da Planificação de Atenção à Saúde na região (PAS).

**Resultados/Implicação prática:** Teremos a qualificação dos profissionais da gestão e da assistência, levando assim a qualificação do cuidado da população adscrita, a melhoria de saúde da população e da experiência das pessoas com os cuidados recebidos, além da redução dos gastos per capita.

**Conclusão/Aprendizados:** Saber e entender o que faremos para chegar onde queremos é o principal. Ser a base, conhecendo a sua população adscrita e sabendo a necessidade de cada família e de cada pessoa, pela estratificação de risco poderemos atender nossa população de uma forma resolutiva e coordenada do cuidado. Iniciar realizando a atualização do cadastramento das famílias e a vinculação da população às equipes de APS. Depois realizar o mais importante que é a estratificação de riscos das famílias a identificação de subpopulações com riscos individuais, biopsicológicos e a estratificação de subpopulações por estratos de risco nas condições crônicas. O conhecimento profundo da nossa população adscrita é o elemento crucial que torna possível sair da gestão da oferta e implementar a gestão da saúde da população. Visando entender as necessidades da população para, enfim, criar estratégias que melhor atendem a cada indivíduo. Com isso, é possível fazer uma melhor gestão de como agir para prevenir doenças, realizar diagnósticos mais certos, providenciar tratamentos mais eficientes e promover a reabilitação dos pacientes.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Cadastro, Gestão da Saúde Populacional, Planificação, Territorialização.



604-1

## REFLEXÕES SOBRE A IMUNIZAÇÃO

### Autora:

Érika de Almeida Leite da Silva  
Teixeira de Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup> INI/FIOCRUZ - Instituto Nacional de  
Infectologia



**Descrição e objetivos:** Este desenho é uma arte em *lettering*, resultado de *insights* que tive durante estudos sobre os processos relacionados à imunização. A Planificação de Atenção à Saúde como ferramenta de organização da gestão, assistência e integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada nos leva a inovar, repensando os processos que são realizados nesses espaços. Esses espaços são complexos, diversos, desafiadores e com suas especificidades locais. Ampliar o conhecimento sobre detalhes que envolvem o processo de imunização nos faz refletir o quanto necessário ele é e o quanto complexo. Entretanto, refleti muito em como podemos fazer as conexões de forma a possibilitar processos seguros e que sejam operacionais, entregando valor para a população, para os profissionais, para os gestores e para todo coletivo. Compartilhar a informação de forma clara, precisa, completa, sem ambiguidade e que seja compreendida por cada receptor contribui para qualificar o cuidado, inclusive os processos relacionados à imunização. Neste Trabalho o objetivo é expressar na linguagem do *lettering* o amplo contexto da imunização. É uma reflexão que expressa o contexto mundial e nacional. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Imunização, Gestão em Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Segurança do Paciente.





**615-1**

## **IMPLANTAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO FAMILIAR NO E-SUS TERRITÓRIO**

### **Autores:**

Meirylyne dos Santos Ferreira<sup>1</sup>;  
Jakelinne Reis Sousa Vilanova<sup>1</sup>;  
Marilena Camargo de Freitas<sup>1</sup>;  
Lucilene Ribeiro da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SMS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O PEC e o e-SUS Território possibilitam realizar a estratificação de risco familiar no sistema. Esses métodos permitem a fiel mensuração de dados que auxiliam na identificação das famílias com risco. **Descrição e objetivos:** Criar no e-SUS Território um código de identificação da estratificação de risco familiar. Relatar a experiência do processo de validação de um instrumento de pesquisa. Organizar os processos de trabalhos. **Metodologia:** O presente estudo se caracteriza como relato de experiência sobre o processo e construção da validação de um instrumento de pesquisa, que busca registrar a estratificação de Risco Familiar no sistema do e-SUS no município da região do Sul do Piauí. A validação do instrumento é parte integrante da planificação. Segue as seguintes etapas definidas como: Estabelecimento da estrutura conceitual; Definição dos objetivos do instrumento; Construção dos itens para aplicação da escala; Seleção e organização dos itens; Estruturação do instrumento; Pré-teste e Treinamento do instrumento. **Resultados/Implicação prática:** Nesta implantação, foi realizada a estratificação das famílias de cada microárea dos Agentes de Saúde –ACS no *tablet* do território que possibilita o resultado no Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC, o que corresponde a uma sentinela de risco individual da Escala de Coelho-Savassi. Com esse método, as visitas domiciliares ocorrem por meio de um planejamento mais elaborado das ações de saúde. Também sinaliza quanto à periodicidade e qual o cuidado deve ser realizado conforme os riscos familiares. A utilização desse instrumento de risco familiar também contribui para o reconhecimento do perfil do território de atuação da equipe. Isto permite uma visão ampliada da equipe de saúde a respeito das vulnerabilidades sociais e individuais de saúde famílias. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação de instrumento para estratificação de risco familiar no e-SUS Território colaborou para que a equipe organizasse melhor suas atividades com o planejamento mais elaborado das ações de saúde, e um plano de cuidado conforme o risco familiar. Também sinaliza quanto à periodicidade e qual o profissional deve realizar as visitas. Portanto, esse instrumento é de grande importância.

**Palavras-chave:** Territorialização, Risco, Familiar.



ALBERT EINSTEIN  
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



# ANAIS

## I Conferência Nacional de Planificação da Atenção em Saúde

12 e 13 de dezembro de 2022

Eixo:

Qualidade e Segurança do Paciente na RAS



15-3

## APLICAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL (IVFC 20) EM IDOSOS DO TERRITÓRIO DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Raquel dos Santos Lima<sup>1</sup>; Mayanny da Silva Lima Barbosa<sup>2</sup>; Juliana Chaves<sup>1</sup>; Ana Priscila<sup>1</sup>; Jeronimo Abreu<sup>3</sup>; Vanessa Kely<sup>1</sup>; Francisco Alisson<sup>3</sup>; Marisa Araújo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>2</sup>UFDPAR - Universidade Federal do Delta do Parnaíba

<sup>3</sup>FACEMA - Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão

<sup>4</sup>UFMA - Universidade Federal do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Conhecer o padrão de vulnerabilidade do idoso pode favorecer o melhor reconhecimento dos fatores de riscos para manutenção da qualidade de vida, influenciando diretamente no processo do cuidar. **Descrição e objetivos:** A vulnerabilidade relata a possibilidade da pessoa ser exposta a doenças, o que resulta de uma série de aspectos comportamentais, socioculturais, econômicos e políticos que interagem com os processos biológicos ao longo da vida. Portanto, o objetivo é descrever a experiência dos profissionais de uma estratégia de saúde da família na estratificação de idosos utilizando o IVFC 20. **Metodologia:** Foram realizadas visitas domiciliares para aplicação dos questionários do IVFC-20 na população idosa da unidade básica de saúde da Vila São José, durante os meses de abril a junho de 2022. O IVFC 20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções. Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. **Resultados/Implicação prática:** Um total de 272 idosos submeteu-se à aplicação do questionário IVFC 20, o qual é uma ferramenta para conhecer os idosos em situação de vulnerabilidade na área adscrita da unidade de saúde. O instrumento foi aplicado por enfermeiros, médicos, residentes, técnicos de enfermagem e durante as visitas domiciliares acompanhados dos agentes comunitários de saúde. Foi obtido 174 (63,97%) idosos robustos, 59 (21,69%) em risco de vulnerabilidades e 39 (14,34%) de idosos frágeis. Constatou-se que 32 (36,78%) idosos apresentam baixo risco; 15 (17,24%) idosos apresentam-se em risco moderado e 40 (45,98%) idosos estão em alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, necessitando de atenção multiprofissional na Atenção Primária mais rigorosa, planos de cuidados, projetos terapêuticos singulares e encaminhamentos para avaliação especializada, o mais breve possível. **Conclusão/Aprendizados:** A estratificação de idosos por meio do questionário IVFC 20 proporciona à equipe multiprofissional uma reflexão detalhada sobre vários aspectos inerentes à avaliação clínico funcional da população idosa da área estudada, permitindo traçar ações para melhor acompanhar e traçar as melhores condutas de acordo com os resultados obtidos.

**Palavras-chave:** Estratificação de idosos, Vulnerabilidade, Condição de Saúde.



21-5

## TESTE MORISKY-GREEN VERSUS LÚDICO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO: UM MODELO PARA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Rosângela Nunes Almeida<sup>1-2-3</sup>; Alison de Sousa Moreira<sup>4</sup>; Paula Costa Martins<sup>1</sup>; Andréia Nunes Almeida Oliveira<sup>1</sup>; Nytale Lindsay Cardoso Portela<sup>1</sup>; Daniela Reis Joaquim de Freitas<sup>3</sup>; João Victor Lira Dias<sup>2</sup>; Isabela Maria Aguiar Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde de Aldeias Altas-MA

<sup>2</sup>UEMA - Universidade Estadual do Maranhão

<sup>3</sup>UFPI - Universidade Federal do Piauí

<sup>4</sup>HGAA - Hospital Geral de Alto Alegre Dr. Rafael Seabra

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O objetivo da cultura de segurança é implementar uma série de cuidados rotineiros e padronizados para evitar prejuízos ao paciente. Dessa forma, tal ação requer práticas simples, que sejam facilmente memorizadas e possam se tornar fundamentais na equipe. A HAS é considerada um problema de saúde pública, e representa uma das principais causas de morbimortalidades dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo que no tratamento e controle da HAS são recomendadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. O Teste de Morisky-Green é um instrumento utilizado para medir a adesão ao uso de medicamentos, sendo composto de quatro perguntas para identificar a atitude e o comportamento frente à tomada de remédios. Ademais, a ideia de introduzir a educação em saúde em forma de metodologias ativas, como no caso das atividades lúdicas, apresenta-se como ferramenta de extrema relevância na transmissão de conhecimentos sobre temas pertinentes. **Descrição e objetivos:** Avaliar a adesão de hipertensos acompanhados na Atenção Primária à Saúde ao tratamento anti-hipertensivo, por meio da aplicação do Teste de Morisky-Green, bem como utilizar o lúdico para orientá-lo na administração de medicamentos de forma segura. **Metodologia:** Trata-se de ações intervencionistas, realizadas no município de Aldeias Altas-MA. Participaram portadores de HAS acompanhados pela APS. Seguiu-se as etapas: reunião com os profissionais atuantes na APS, para apresentação do Teste Morisky-Green e atividades lúdicas; aplicaram-se os Testes de Morisky-Green e foram realizadas ações de educação em saúde, enfatizando as atividades lúdicas, entre outubro 2019 a janeiro de 2020, em três equipes de saúde da família da zona urbana. **Resultados/Implicação prática:** Os resultados revelaram baixa adesão ao tratamento medicamento, com 61,8% não aderentes. Entretanto, realizaram-se capacitações com os profissionais de saúde da APS, educação em saúde, mobilizações em áreas públicas, aconselhamento familiar, trabalhos com grupos operativos e a prática do lúdico por meio de ilustrações quanto ao horário de tomada dos medicamentos, utilizando para tanto a imagem do sol para uso pela manhã, nuvem para tarde e lua para a noite. **Conclusão/Aprendizados:** Representa grande desafio para o controle da HAS, devido à baixa adesão ao tratamento. Há necessidade de organizar o atendimento a essa população, no sentido de fortalecer a importância da adesão e de mudanças no estilo de vida.

**Palavras-chave:** Adesão ao Tratamento, Anti-Hipertensivo, Educação em Saúde, Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde.



89-1

## COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO E COMUNICAÇÃO EFETIVA NA REDE

### Autores:

Letícia Santos Gomes<sup>1</sup>; Renata Natoeli dos Santos Barros<sup>1</sup>; Ana Karoliny Rodrigues Abreu<sup>1</sup>; Francisca Maria Rodrigues Costa<sup>1</sup>; Santília Conceição Gomes dos Santos<sup>1</sup>; Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>1</sup>; Kelle Yasmin Pimentel Torres<sup>1</sup>; Jôcilene Martins Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAEMI - Centro de Atenção Especializada Materno-Infantil

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A implantação da Planificação da Atenção à Saúde no município de Timon-MA, desde 2017, vêm trazendo melhorias na linha de cuidado materno-infantil. Em 2019, foi inaugurado o Centro de Especialidade Materno-Infantil (CAEMI) com o propósito de reduzir a mortalidade de crianças e gestantes na região. Tendo como base diretrizes clínicas que estabelecem a estratificação de risco, foi instituído um fluxo de compartilhamento do cuidado para o serviço especializado dos usuários de alto e muito alto risco. Para isso, o centro dispõe de um instrumento de comunicação, um deles é o Plano de Cuidados. Trata-se de uma ferramenta de trabalho de atenção à saúde que engloba avaliação e monitoramento dos usuários(as), por uma equipe interprofissional num processo coletivo, com foco nas metas do cuidado, melhorando a comunicação e transmissão de informações entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), garantindo assim a continuidade do cuidado segura. Com a reorganização da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do fluxo de atenção é necessária uma integração entre ambas para que de fato haja a efetivação da rede de atenção materno-infantil. **Descrição e objetivos:** Relatar a importância do Plano de Cuidados no compartilhamento do cuidado como instrumento de comunicação efetiva na rede. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado entre o Centro Materno-Infantil e Atenção Primária em Saúde. Com base nas Diretrizes clínicas estabelecidas, após a estratificação de risco, a Atenção Primária compartilha o cuidado do usuário com a atenção especializada, que realiza os atendimentos em formato de circuito com equipe interprofissional. Como produto final é entregue ao usuário seu plano de cuidados, constando pactuações e orientações, devendo este ser entregue aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para monitoramento pelos membros da equipe e/ou qualquer outro ponto de atenção da rede que o usuário precise utilizar. **Resultados/Implicação prática:** A utilização desse instrumento de trabalho vem melhorando a comunicação entre as equipes, garantindo monitoramento e interação constante entre os profissionais. **Conclusão/Aprendizados:** Tendo em vista ser um instrumento de fácil entendimento, planejado e elaborado em comum acordo com os usuários, tem refletido melhor adesão e continuidade do cuidado em outros pontos de atenção na Rede Materno-Infantil da região.

**Palavras-chave:** Comunicação efetiva, Compartilhamento do Cuidado, Segurança do Paciente.



99-1

## MATRICIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TIMON-MA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Ana Karoliny Rodrigues Abreu<sup>1</sup>;  
Letícia Gomes<sup>1</sup>; Aliny Pedrosa<sup>1</sup>;  
Renata Barros<sup>1</sup>; Francisca Costa<sup>1</sup>;  
Santília Santos<sup>1</sup>; Kelle Torres<sup>1</sup>;  
Jôcilene Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAEMI - Centro de Atenção Especializada  
Materno-Infantil

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Contextualização: Uma das atribuições da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), cumprindo seu macroprocesso educacional, é o matriciamento da Atenção Primária à Saúde, que consiste numa estratégia de aproximação dos pontos de atenção envolvidos no cuidado integral ao usuário, objetivando a corresponsabilização das equipes e a discussão da diretriz clínica utilizada na região. O Centro de Atenção Especializada Materno-infantil (CAEMI) em Timon-MA executa esse processo nos municípios de abrangência de sua região de saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de matriciamento junto aos municípios de Parnarama e Matões, que têm o cuidado das gestantes de alto e muito alto risco compartilhado com o Centro Materno-Infantil. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado pelos profissionais de saúde do Centro Materno-infantil e equipes da Atenção Primária dos municípios de Parnarama e Matões no Maranhão. Nos dias 14 e 15 de setembro foram realizadas duas reuniões de apoio matricial nos municípios citados, onde foram apresentados o funcionamento do Centro Materno-Infantil; a nota técnica de gestação, parto e puerpério; e, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Também foram realizadas discussões de casos (hipertensão, diabetes, eritroblastose fetal, sífilis e toxoplasmose). Durante o matriciamento, várias dúvidas foram levantadas pelas equipes dos municípios, especialmente, relacionadas à estratificação do risco gestacional, manejo das usuárias com hipertensão e diabetes, solicitação de exames, profilaxia de pré-eclâmpsia, dentre outras. **Resultados/Implicação prática:** Após o matriciamento, observou-se estratificações de risco mais assertivas. Além disso, o manejo das doenças crônicas mais comuns entre as usuárias compartilhadas, como hipertensão e diabetes, foi atualizado de acordo com a nota técnica de gestação, parto e puerpério. **Conclusão/Aprendizados:** O apoio matricial é primordial para o eficaz compartilhamento das usuárias de alto e muito alto risco com o Centro Materno-Infantil. Assim, é de grande relevância que aconteça periodicamente, seguindo uma rotina entre as equipes, pois sem dúvidas traz melhoras significativas à qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** Matriciamento, Planificação, Saúde, Timon.



128-1

## A IMPORTÂNCIA DE GARANTIR O SUPORTE NUTRICIONAL ÀS GESTANTES DE BAIXA RENDA POR MEIO DE PARCEIRAS COM INSTITUIÇÕES PRIVADAS

### Autores:

Thamara Caroline Thomazi<sup>1</sup>; Raquel Patrícia Campos Martins de Oliveira<sup>1</sup>; Juliana Rodrigues Freitas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CREAMI - Centro de Referência em Atenção Materno-Infantil

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Este trabalho tem como finalidade demonstrar a importância da garantia do suporte nutricional adequado às gestantes de baixa renda, por meio de um relato de experiência. Atendimento de gestante no Ambulatório da Atenção Especializada (AAE) do município de Ji-Paraná, denominado CREAMI, com diagnóstico de anemia moderada e desnutrição. Compartilhada com o CREAMI com pouca melhora do quadro clínico, mesmo após uso de medicação (EV) para tratamento da anemia. Após atendimento identificado também: hipovitaminose D e erro alimentar. Queixava-se de cansaço, indisposição, sonolência; apresentando feto com baixo peso para iG e Doppler normal. Durante consulta nutricional, foi orientado ajuste alimentar com inclusão de alimentos fontes de ferro associados à vitamina C. Entrega de suplementação polivitamínico associado ao ômega 3 e suplemento de vitamina D, ambos disponibilizados por meio de projeto social para gestantes com renda familiar até 3 salários mínimos. No retorno, a gestante relatou melhora da indisposição e sonolência, e teve ganho de peso de 3kg além do controle do peso fetal, identificado após realização de ultrassom. **Descrição e objetivos:** Demonstrar que a correção das deficiências nutricionais da gestante melhora o desenvolvimento do bebê e favorece o bem-estar da mãe. **Metodologia:** Relato de caso com base nos dados extraídos do prontuário da gestante. **Resultados/Implicação prática:** Constatado o ganho de peso da mãe e do feto e melhora dos sintomas apresentados proporcionando mais qualidade de vida ao binômio. Importância de rastrear deficiências nutricionais e erros alimentares para realizar correções por meio da oferta de nutrientes a partir da alimentação e suplementação. **Conclusão/Aprendizados:** A importância da anamnese associada com as queixas da usuária, correlacionando com o resultado dos exames para realizar as intervenções necessárias. O ajuste alimentar é uma conduta de base para intervenções de deficiências nutricionais, em especial a deficiência de ferro. A oferta de nutrientes respeitando a interação entre eles é essencial no êxito do tratamento e o aporte extra de vitaminas e minerais (ferro, vitamina D e outros), é importante para o bom desenvolvimento do feto, sendo assim: as orientações nutricionais e a oferta extra de nutrientes pelas parcerias com projetos sociais colaboram com a saúde das gestantes de baixo poder aquisitivo.

**Palavras-chave:** Nutrição, Suporte Nutricional, Gestação, Deficiências Nutricionais, Saúde.



154-1

## PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autora:

Emanuele Trindade Santos Mota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FESF-SUS - Fundação Estatal Saúde da Família

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A fitoterapia destaca-se como uma prática integrativa e complementar no SUS, por meio de experiências e normatizações, apresentando-se para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência de residentes na implantação de horto medicinal e na ampliação do conhecimento dos profissionais sobre a fitoterapia em uma Unidade de Saúde da Família. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município baiano durante o período de março a maio de 2022. A experiência ocorreu em algumas etapas, tais como: estruturação do projeto, identificação de erveiros na comunidade, visitas domiciliares e realização de entrevistas, buscas nas bases de dados Scielo e Lilacs sobre as principais ervas utilizadas pelos erveiros e atividade integrativa de educação em saúde com usuários e profissionais da USF. **Resultados/Implicação prática:** Por meio das visitas domiciliares, foi possível obter maior vinculação com os erveiros da comunidade. Essa vinculação também possibilitou maior conhecimento acerca da utilização das principais plantas medicinais utilizadas, assim como a construção de uma horta comunitária na USF. Já as buscas nas bases de dados auxiliaram na criação de um *banner* e cartilhas, contendo informações sobre a utilização das principais ervas, bem como os seus efeitos no organismo humano. Com relação à atividade integrativa de educação em saúde, houve um compartilhamento de conhecimentos com os profissionais de saúde e usuários que participaram da coleta de dados. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação de hortos medicinais é uma estratégia eficaz para maior aproximação e vinculação dos profissionais com a comunidade. Além disso, atividades integrativas de educação em saúde podem auxiliar na ampliação do conhecimento acerca das plantas medicinais no que diz respeito ao uso adequado, indicação, contraindicações e cultivo. **Palavras-chave:** Plantas Medicinais, Sistema Único de Saúde, Saúde da Família, Práticas Integrativas e Complementares.



175-1

## AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA VACINAÇÃO: OFICINA DE FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS E AÇÕES EM IMUNIZAÇÕES

### Autores:

Juliana Zenaro Rodrigues<sup>1,2</sup>; Beatriz Amaro Rocha<sup>1</sup>; Noeny Pereira de Sousa<sup>1</sup>; Debora Aparecida Silva Santos<sup>2</sup>; Amelia Leonel Pereira<sup>1</sup>; Wesley Francisco da Silva Rosa<sup>1</sup>; Adriana de Oliveira Camargo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SMS CV - Secretaria Municipal de Saúde de Campo Verde – MT

<sup>2</sup>UFR - Universidade Federal de Rondonópolis

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Durante a realização das atividades da Etapa 2.2 do PlanificaSUS no município de Campo Verde – MT realizamos uma oficina com todos os profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre práticas em imunizações. **Descrição e objetivos:** Qualificar a prática dos profissionais atuantes em sala de vacina. **Metodologia:** A ação foi desenvolvida adotando a modalidade de oficina presencial. A oficina foi realizada pela tutora do PlanificaSUS, departamento de APS e equipe técnica da Vigilância Epidemiológica (VIGEP) municipal. Os temas apresentados foram: breve abordagem do sistema imunológico, tipos de imunobiológicos, a vigilância em saúde, administração de vacinas, contraindicações, eventos adversos pós-vacinação e o dia a dia na sala de vacinas. Em relação à segurança do paciente, foram discutidas as 14 certezas para uma prática segura de vacinação e a padronização da sala de vacinas como ação que otimiza o processo de trabalho e minimiza os riscos aos profissionais e pacientes. A ação ocorreu em dois períodos para possibilitar a participação de todos os profissionais de enfermagem da APS do município de forma intercalada, sem prejudicar o andamento dos demais serviços assistenciais. Em um primeiro momento, a apresentação do conteúdo se deu de forma expositiva dialogada e após foi realizada uma atividade prática com o calendário vacinal, onde os profissionais resolveram casos apresentados pela facilitadora relacionados ao aprazamento das vacinas. Além disso, discutimos sobre o Procedimento Operacional Padrão (POP) da sala de vacinas. **Resultados/Implicação prática:** Participaram da oficina 68 profissionais de enfermagem. Inicialmente, conforme preconizado na etapa da planificação no giro da unidade, todas as salas de vacinas foram visitadas e observou-se que o POP de imunização estava desatualizado. Dessa forma, realizamos em grupo (tutora planifica, APS e VIGEP) a atualização desse documento que foi entregue durante a oficina presencial. Devido a parceria com a VIGEP no desenvolvimento desta etapa conseguimos a impressão de todos os POPs das unidades e a confecção de camisetas para os profissionais. **Conclusão/Aprendizados:** Todos os profissionais de enfermagem foram capacitados para a atuação segura em sala de vacinas devido ao trabalho intersetorial e ao processo formativo do PlanificaSUS.

**Palavras-chave:** Vacinação, Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde.



203-1

## PROMOÇÃO DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS MAIS SEGURAS POR MEIO DAS AÇÕES DO PLANIFICASUS E DO SAÚDE MENTAL NA APS NO ESTADO DO MARANHÃO

### Autores:

Elaine Cristina Melo Faria<sup>1</sup>; Guilherme Barbosa Shimocomaqui<sup>1</sup>; Livia Schunk Pereira<sup>1</sup>; Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes<sup>2</sup>; Mayrlan Ribeiro Avelar<sup>2</sup>; Luiz Leonardo Louzada Nobrega<sup>1</sup>; Ravena Miranda Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup>SES MA - Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Segurança do Paciente busca reduzir a um mínimo aceitável o risco de danos desnecessários ao cuidado em saúde. No PlanificaSUS e no Saúde Mental na APS é um tema transversal às ações desenvolvidas.

**Descrição e objetivos:** O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência para o processo de estruturação do núcleo estadual de segurança do paciente no estado do Maranhão, contemplando todos os pontos de atenção à saúde e a implantação dos núcleos municipais de segurança do paciente na região de São João dos Patos, como referência para o PlanificaSUS e a região de Caxias, como referência para o Saúde Mental na APS, ambas no estado do Maranhão. **Metodologia:** Os projetos citados apoiaram a instrumentalizar o estado do Maranhão no desenvolvimento das ações de segurança do paciente por meio de materiais de apoio e suporte técnico. Em um primeiro momento por meio de encontros presenciais e remotos da equipe Einstein com as referências técnicas do estado, foi realizado um diagnóstico sobre o tema, disparado na ETapa 6 do PlanificaSUS e na Etapa 1 do Saúde Mental na APS. Em seguida, outros encontros e visitas técnicas *in loco* buscaram identificar os municípios interessados na instituição dos Núcleos Municipais e as principais necessidades na área. **Resultados/**

**Implicação prática:** A experiência possibilitou a ampliação do conhecimento e a troca de experiência entre os atores estaduais e a equipe do PlanificaSUS e Saúde Mental na APS, principalmente no que tange ao alinhamento da proposta, a customização da metodologia e fortalecimento com as referências municipais de ambas as regiões. Os encontros proporcionaram o alinhamento das expectativas, o conhecimento da realidade dos municípios no que se refere à segurança do paciente. Vale destacar a revisão do plano estadual de segurança do paciente, que está em processo para publicação, contemplando os pontos de Atenção à Saúde e o pioneirismo do estado do Maranhão nestes primeiros movimentos junto aos municípios. A experiência ainda está em andamento nos 6 municípios mobilizados para a implantação do núcleo municipal.

**Conclusão/Aprendizados:** Verificou-se a relevância da customização do processo, considerando a realidade e as Políticas estaduais já previstas para a segurança do paciente. Observa-se o aprendizado e importância do time do Einstein em fomentar a autonomia e o protagonismo dos representantes estaduais e municipais envolvidos para a sustentabilidade e continuidade das ações, incorporadas na rotina do processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Segurança do Paciente, Planificação da Atenção à Saúde, Segurança do Paciente.



206-1

## O PAPEL DO NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA NO FORTALECIMENTO DAS METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE

### Autores:

Aliny de Oliveira Pedrosa<sup>1</sup>; Egislane da Silva Sales<sup>1</sup>; Milene da Conceição Costa<sup>1</sup>; Nelzi Maria Silva de Azevedo Rego<sup>1</sup>; Jeovana de Moura Sousa<sup>1</sup>; Maraisa Pereira Sena<sup>1</sup>; Jozilma Pereira de Araújo<sup>1</sup>; Kalyanne Maria Nogueira Paiva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CEAMI - Centro Especializado em Assistência Materno-Infantil

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Planificação da Atenção à Saúde na Atenção Ambulatorial Especializada tem orientado e favorecido a implantação de processos relacionados à segurança do paciente. Considerando o Modelo de Atenção às Condições Crônicas, um dos macroprocessos para organização do ambulatório é o macroprocesso educacional, que garante a organização e implementação de ações voltadas à identificação correta dos usuários e comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, por meio do Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP). **Descrição e objetivos:** Relatar a experiência da implementação de metas de segurança do paciente por meio do Núcleo de Ensino e Pesquisa em um ambulatório materno-infantil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter qualitativo, realizado pela equipe multiprofissional do Centro Especializado em Assistência Materno-Infantil (CEAMI), localizado em Caxias, Maranhão. As estratégias de implementação de metas de segurança do paciente relacionadas à identificação correta dos usuários e comunicação efetiva entre profissionais de saúde se concretizam por meio de treinamentos constantes e reuniões de rotina com a equipe interprofissional. O primeiro contato do usuário ao chegar no ambulatório acontece na recepção, assim estes profissionais são treinados em relação ao *checklist* para abordagem dos dados de identificação do usuário, logo após é realizada dupla checagem por outros profissionais da equipe do Ciclo de Atenção Contínua, a fim de identificar falhas no processo. Para a comunicação efetiva entre os profissionais durante os atendimentos dos usuários de alto risco, reuniões de rotina entre a equipe são organizadas e discussões de casos diuturnamente, além de grupos de WhatsApp também como uma ferramenta que minimiza falhas durante a troca de informações entre os profissionais. **Resultados/Implicação prática:** Com a implementação das estratégias de identificação correta dos usuários e comunicação efetiva entre os profissionais do ambulatório, houve redução do número de falhas identificadas pelo NEP nos prontuários e Planos de Cuidados, favorecendo também a interprofissionalidade neste serviço. **Conclusão/Aprendizados:** A comunicação efetiva entre toda a equipe é determinante na segurança da prestação de cuidados aos usuários, em especial de alto e muito alto risco. Falhas de identificação e comunicação são alguns dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Educação em Saúde, Barreiras de Comunicação, Acesso de Pacientes a Registros, Comitê de Profissionais.



258-1

## ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA BEBÊS: GARANTINDO DESDE CEDO ATENÇÃO QUALIFICADA À SAÚDE BUCAL NA APS

### Autores:

João Nunes Alves de Almeida Neto<sup>1</sup>;  
Maraisa Pereira Sena<sup>2</sup>; Gilmara  
Francisca Bezerra Melo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UBS Raimunda Algodão - Unidade Básica  
de Saúde Raimunda Algodão

<sup>2</sup>SMS São João do Sóter - Secretaria  
Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A atenção odontológica voltada à faixa etária de 0-36 meses, a Odontologia para Bebês, mostra-se efetiva no controle de afecções bucais, sendo, portanto, assistência amplamente recomendada (IPEA,2020).

**Descrição e objetivos:** Relatar a experiência sobre protocolo de atendimento para o acesso dos bebês aos serviços de saúde bucal e qualificação da atenção à saúde bucal deste público, acompanhado por equipe de saúde bucal na APS de um município maranhense. **Metodologia:** Realizado a partir da vivência clínica e de dados obtidos por meio de publicações científicas escritas em idioma português e inglês, veiculadas às bases de dados: Google Acadêmico, SCIELO e PubMed. Assim, nas bases de dados foi usada a estratégia de busca utilizando as seguintes palavras-chave: Atendimento Odontológico, Pré-Natal, Odontologia e Bebês. Dessa forma, descreve-se a experiência do atendimento odontológico a uma comunidade-alvo, bebês de 0 a 36 meses, sob a ótica do Cirurgião Dentista de uma UBS da zona urbana do município de São João do Sóter, no estado do Maranhão. **Resultados/Implicação prática:** Nos aspectos educativo e curativo, conta com rodas de conversas e com orientações aos pais/cuidadores e também individualmente com os bebês e retornos periódicos de acordo com o risco de cárie ou outros agravos, tendo “porta aberta” para esse público em todos os dias de atendimentos, ou seja, no mesmo dia em que busca o atendimento, o bebê e o(a) cuidador(a), são acolhidos e avaliados pelo cirurgião-dentista. As consultas que ocorrem na UBS para esta população ocorrem na modalidade “Porta Aberta”, haja vista que os bebês, juntamente com o(a) cuidador(a) são direcionados para o consultório odontológico. Na oportunidade da consulta em odontologia do bebê, oferece-se também orientações para a mãe quanto ao cronograma de erupção dentária e quanto à higienização necessária e adequada após a dieta. **Conclusão/Aprendizados:** Além disso, baseando-se na experiência ora relatada, possibilitar acesso livre e cuidado qualificado à saúde bucal de bebês com o profissional da odontologia, sem dúvidas fortalece sobremaneira o vínculo da mãe/cuidador(a) com a equipe de saúde bucal da APS e já colabora para facilitar ações em todo um grupo familiar.

**Palavras-chave:** Atendimento Odontológico, Pré-Natal, Odontologia, Bebês.



293-1

## PRIMEIROS SOCORROS EM UMA ALDEIA MULTIÉTNICA NO MUNICÍPIO DE GUARULHOS-SP: CAPACITAÇÃO E PROTAGONISMO INDÍGENA

### Autores:

Carla Rafaela Donegá<sup>1</sup>; Rosamaria Rodrigues Garcia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A aldeia indígena “Filhos dessa Terra” está localizada a 800 metros da Unidade Básica de Saúde Referência para população Indígena, do Bairro Cabuçu, em Guarulhos. Considerada de difícil acesso pela localização territorial, dentro da Mata Atlântica, é composta por duas equipes de Estratégia de Saúde da Família. A aldeia recebe pouco atendimento às questões de saúde, no que extrapola os limites da unidade, por exemplo, o atendimento do SAMU. Diante de urgências e emergências no território, não são disponibilizadas equipes de socorro que entrem na aldeia. Os pacientes são levados até a entrada, o que exige esforço físico e caminhada íngreme, ajuda humana, além de risco de complicações, devido à manipulação inadequada, e só então os primeiros atendimentos são prestados. Perante a dificuldade e a vulnerabilidade a qual essa população indígena está exposta, foi desenvolvido um curso de primeiros socorros, para treinamento na aldeia multiétnica, visando reduzir agravos preveníveis. **Descrição e objetivos:** Relatar o processo de elaboração e capacitação de uma população indígena multiétnica, sobre primeiros socorros. **Metodologia:** A partir da equipe de saúde de referência da unidade, a médica residente elaborou uma apostila didática sobre primeiros socorros, considerando as crenças, costumes, recursos disponíveis, voltados à realidade da população local, por exemplo, o enfoque em afogamento, devido à presença de um lago no território, animais peçonhentos, queimaduras, envenenamento, raios, desmaio, parada cardiorrespiratória, etc. O treinamento ocorreu dentro da aldeia, das 8:00 às 17:00 horas, na casa de reza principal, utilizando-se um manequim de ressuscitação cardiopulmonar, apostila colorida, ataduras e etc. **Resultados/Implicação prática:** Observou-se a integração entre o conhecimento técnico-científico da Medicina, a cultura, modo de vida e de produção de cuidado dos indígenas, tornando a população mais empoderada e organizada para a prestação de socorro. Meses após o treinamento, houve um evento de queimadura grave e um desmaio, atendido e resolvido pelos próprios moradores que fizeram a capacitação, contribuindo para saúde de qualidade em primeiros socorros. **Conclusão/Aprendizados:** Houve troca de saberes ao capacitar a população indígena, assim como foi possível olhar de forma diferenciada para o território atendido pela UBS, a partir da instrumentalização para o cuidado compartilhado entre a Atenção Primária, a população e a rede de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Educação em Saúde, Primeiros Socorros, Produção do Cuidado, Saúde Indígena.



304-1

## DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE APOIO PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF PARA PACIENTES DIALÍTICOS

### Autores:

Joice Vieira Cabral<sup>1</sup>; Fernando Arantes Dantas<sup>1</sup>; Julia Beatriz Dani Rinaldi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RSSI - Regional de Saúde Sudoeste I

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é um grupo de medicamentos que tem sua indicação e posologia previstas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). **Descrição e objetivos:** É complexa, entretanto, a estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS e há grande dificuldade de acesso aos medicamentos CEAF pelos pacientes dialíticos. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência dos autores na criação de uma nova tecnologia em saúde para apoio na prescrição de medicamentos CEAF para pacientes renais crônicos, facilitando o acesso à terapia medicamentosa necessária à condição individual de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, delineado a partir das percepções e vivências dos autores no desenvolvimento da ferramenta. A experiência aconteceu na Unidade de Saúde Regional de Saúde Sudoeste I e em uma Unidade de Saúde de Diálise localizada no sudoeste goiano. A experiência refere-se à criação de uma planilha facilitadora na avaliação dos medicamentos CEAF aptos à prescrição baseada no PCDT e nos parâmetros laboratoriais do paciente com doença renal crônica. **Resultados/Implicação prática:** Durante o trabalho de apoio à gestão dos processos de solicitação de medicamentos CEAF realizada pela Assistência Farmacêutica da Regional de Saúde, foram identificados como principais problemas da não dispensação de medicamentos padronizada pelo SUS aos agravos do paciente dialítico à falta de entendimento dos critérios do PCDT e o histórico individual de uso do medicamento. Vislumbramos, então, a possibilidade de colaborar com mudanças nessa prática, elaborando um instrumento facilitador da prescrição de medicamentos, uma vez que, propicia maior precisão, agilidade e efetividade do processo. A plataforma utilizada foi o LibreOffice, e possui a vantagem de subsidiar informações do paciente de forma individualizada, orientando a prescrição do medicamento de acordo com o PCDT. **Conclusão/Aprendizados:** Foi possível observar que os recursos tecnológicos são de grande importância para o cuidado do paciente de doença renal crônica, pois permite auxiliar na avaliação individual e na melhor terapia farmacológica. Ressalta-se que foi a partir da observação e discussão dos problemas relacionados à dificuldade de compreensão do CEAF no SUS que foi possível a criação da Matriz de Apoio.

**Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica, Insuficiência Renal Crônica, Tecnologia em Saúde.



316-1

## PREVALÊNCIA DAS COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### Autores:

Silvia Ferreira Bortoto<sup>1,2</sup>; Jacira Xavier de Carvalho<sup>1,2</sup>; Mozania Reis de Matos<sup>1,2</sup>; Márcia Silva Queiroz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNINOVE - Universidade Nove de Julho

<sup>2</sup>UBS Dra. Ilza Weltman Hutzler

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O Diabetes é prevalente e suas complicações aumentam morbimortalidade e custos, conhecer a população do território permite identificar complicações e gerenciar ações de melhoria da saúde e reduzir custos. **Descrição e objetivos:** Caracterizar a prevalência das complicações crônicas do DM tipo 2 (DM2) em uma população acompanhada em uma unidade de APS. **Metodologia:** Analisamos em conjunto as informações adquiridas durante consultas de seguimento e contidas nos prontuários médicos de participantes selecionados para investigação de complicações do DM em projetos aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Nove de Julho (3.050.387, 3.141.417 e 4.308.089). **Resultados/Implicação prática:** Avaliamos 567 participantes DM2, idade  $67,5 \pm 10,9$  anos e predomínio feminino (58,7%), se autodeclarava branco, casado/união estável, não tabagista e 5 anos ou mais de estudo. O tempo médio DM2  $11,6 \pm 7,5$  anos associado à hipertensão (77,4%), dislipidemia (48,2%) e 9,2% tinham doença cardiovascular. Os exames de Neuropatia Periférica (NP) e autonômica cardiovascular 35,9%. A NP foi mais prevalente em homens. Cerca de 57% foram examinados para Retinopatia Diabética (RD), 29,2% deles com RD presente. Idade e relação albumina: creatinina urinária atingiram significância estatística comparado a indivíduos com e sem RD. A incidência de doença renal descrita, risco elevado e muito elevado por KDIGO foi 11,4%. A duração DM2 e ureia foram significativamente maiores em relação aos de baixo e moderado risco. **Conclusão/Aprendizados:** Na prática clínica, as ações destinadas à avaliação das complicações crônicas do DM na APS não atingiram as metas estabelecidas. A NP e NAC foram as complicações menos reconhecidas.

**Palavras-chave:** Diabetes *Mellitus* Tipo 2, Complicações do Diabetes, Atenção Primária à Saúde.



327-2

## AS SALAS DE VACINAS E AS PRÁTICAS SEGURAS DA IMUNIZAÇÃO NA 14ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA

### Autores:

Railda de Almeida Gomes<sup>1-2</sup>; Tania Berbert Ferreira Lima<sup>2</sup>; Cassia de Andrade Araújo<sup>1-2</sup>; Giovanna Cavalcanti de Sousa<sup>1-2</sup>; Leyliane Cristina Alves Pereira<sup>1-2</sup>; Nyele Nelbe Nobrega de Lucena Santos<sup>1-2</sup>; Maria Izabel Ferreira Sarmiento<sup>1-2</sup>; Talita Tavares Alves de Almeida<sup>1-2</sup>

<sup>1</sup>SES/PB - Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Paraíba

<sup>2</sup>SBIBA - Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A sala de vacina está entre os microprocessos da construção social da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo inserida nos macroprocessos básico e preventivo. A Segurança do Paciente é um desafio considerável nas rotinas da APS, com destaque à sala de vacina. No contexto da 14ª Região de Saúde do Estado da Paraíba (RS-PB), composta por 11 municípios, conta com 49 salas de vacinas. **Descrição e objetivos:** Relatar o processo de qualificação da Segurança do Paciente nas salas de vacinas da 14ª Região de Saúde do Estado da Paraíba-PB. **Metodologia:** Foi utilizado o “Instrumento de Avaliação Microprocessos da Vacinação” para os 11 municípios e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, em formato de *checklist*, através do Google forms, com 40 respostas e 131 itens a serem observados, agrupados em: organização e aspectos gerais, procedimentos técnicos, rede de frios, sistema de informação, eventos adversos pós-vacinação, imunobiológicos especiais, vigilância epidemiológica e educação em saúde. O período de coleta dos dados ocorreu entre março e agosto de 2022. **Resultados/Implicação prática:** O diagnóstico apontou como não conformidades: a participação da equipe no monitoramento (58%), manutenção preventiva do refrigerador (53%), sinalização do disjuntor da sala de vacina (53%), treinamentos específicos periódicos dos profissionais (58%), horários de funcionamentos insuficientes (53%), monitoramento da taxa de abandono (45%), implantação e atualização dos Procedimentos Operacionais Padrão-POPs (44%), ausência de termômetro (23%), monitoramento e registros dos sistemas de informação (23%). Como pontos positivos destaca-se: notificação dos eventos adversos, atuação do enfermeiro na supervisão, além de práticas seguras de imunização: técnicas de administração adequadas, preparo das vacinas, condução e manejo das doses, todos com 100% de adequação. Outro resultado importante foi o bom desempenho das equipes na Campanha de Vacinação da Poliomielite e a condução direta da equipe de Imunização da Secretaria Estadual de Saúde-SES-PB na Oficina Tutorial 2.2 do PlanificaSUS. **Conclusão/Aprendizados:** A aplicação do instrumento permitiu a identificação de pontos relevantes relacionados às Metas de Segurança do Paciente na APS que contribuíram para a construção de estratégias também para as demais RS-PB, incluindo a educação permanente sobre o módulo e-SUS Vacina, atualização dos POPs, divulgação das normas técnicas de imunização segura e o fortalecimento das equipes envolvidas.

**Palavras-chave:** Sala de Vacina, Práticas Segura, Imunização, 14ª Região de Saúde.



353-1

## IMPLANTAÇÃO E GERENCIAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADE E CIRCUNSTÂNCIAS NOTIFICÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Aline Leopoldina Silva<sup>1</sup>; Ana Luiza Rodrigues Inácio<sup>1</sup>; Larissa Peres<sup>1</sup>; Melyne Serralha Rocha<sup>1</sup>; Rúbia Pereira Barra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MSDT - Missão Sal da Terra

<sup>2</sup>CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Na busca pela melhoria da qualidade e organização dos processos de trabalho, destaca-se na Atenção Primária à Saúde (APS) a transversalidade do cuidado seguro, com ênfase na cultura de notificação como estratégia de monitoramento de segurança, permitindo a identificação de falhas ou áreas que demandam melhorias. **Descrição e objetivos:** Compartilhar experiência referente ao processo de implantação e gerenciamento de notificações, realizadas nas unidades de saúde do setor Sul de um município do Triângulo Mineiro, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que descreve o processo de implantação e gerenciamento de notificações da APS do setor sul de um município do Triângulo Mineiro, Brasil. **Resultados/Implicação prática:** Até fevereiro/2022, a Organização de Saúde, Missão Sal da Terra, responsável pelo gerenciamento das unidades de saúde da APS do setor sul do município não possuía um sistema de notificação. Ainda assim, um levantamento de dezembro/2021 apontou que, durante o ano, as unidades em questão notificaram 27 eventos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI). Tal análise fomentou algumas ações, como a realização de treinamento técnico, a revisão de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e, principalmente, a necessidade de mais estímulos à cultura de segurança do paciente, por meio de notificações e adequada gestão. Hoje, a instituição possui um sistema de notificação unificado para os três níveis de atenção à saúde, por meio de formulário eletrônico. Dados de março a setembro/2022 evidenciam 123 notificações de não conformidades e 50 de circunstâncias notificáveis. Dentre as circunstâncias notificáveis, segundo critérios de categorização, foram quatro “near miss”, 10 “incidentes com danos” (evento adverso) e 36 “incidentes sem danos”. Dos 10 “incidentes com danos”, seis foram considerados “leves”; quatro – “moderados”; não houve casos classificados como “grave” ou “óbito”. A gestão é realizada pelo setor de Qualidade em parceria com a Educação Permanente - APS, sendo as tratativas dadas conforme prazos predefinidos. Como perspectivas futuras, destaca-se o incentivo à cultura de notificação e a constante qualificação da gestão. **Conclusão/Aprendizados:** O gerenciamento das notificações permite o diagnóstico situacional qualificado, por meio de reflexões e análises, e a construção de planos de ação para mitigação dos erros por meio da participação das equipes, com fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Atenção Primária à Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Sistemas de Informação em Saúde.



386-1

## IMPLANTAÇÃO DO PROJETO GESTAR NA MATERNIDADE BARBARA HELIODORA EM RIO BRANCO, ACRE, BRASIL

### Autores:

Laura Elisa Pontes Soares<sup>1</sup>; Gilmara de Araújo Farias<sup>1</sup>; Milena Lima Dias<sup>1</sup>; Ângela Cristina Marangon<sup>1</sup>; Jara Isva Barbosa Rodrigues<sup>1</sup>; Carolina Soares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SESACRE - Secretaria de Saúde do Estado do Acre

<sup>2</sup>UFAC - Universidade Federal do Acre

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A gestação é um momento peculiar, uma vez que “gestar” é um processo único e que mobiliza uma série de sentimentos no núcleo familiar das gestantes, por isso a importância de humanizar este momento.

**Descrição e objetivos:** Orientar, esclarecer e desmitificar todo o processo durante o processo de gestação e pós-parto nas futuras mães e seus companheiros. Familiarizar a mãe e os familiares ao ambiente hospitalar tornando-os parte do processo para que se tornem colaborativos à equipe no momento o parto. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da implantação do projeto Gestar na maternidade Barbara Heliodora, que atende as mulheres de todo o estado do Acre, tendo início em agosto de 2002. Os ciclos de palestras presenciais eram oferecidos mensalmente e as palestras on-line semanalmente via Instagram da maternidade e Hospital da Criança (@sasma.ac) mensalmente. Todos os 28 participantes consentiram participação no projeto bem como a divulgação dos dados obtidos nas palestras.

**Resultados/Implicação prática:** Em 1 ano de projeto implantado foram acolhidas no projeto 28 participantes em período gestacional, divididas em duas turmas. Foram realizados 3 ciclos de palestras, a fim de elucidar e sanar todas as dúvidas e anseios que as futuras mães tinham sobre gravidez, momento do parto e pós-parto. A participantes tinham o acompanhamento dos seus parceiros que também eram incluídos na dinâmica. No gráfico 1 podemos observar os temas que eram abordados em cada palestra e a quantidade de participantes. Dentre as 28 participantes, 9 (gráfico 2) entraram em trabalho de parto sendo 3 partos cesáreos e 6 partos naturais realizados todos na maternidade Barbara Heliodora, com acompanhamento da equipe multidisciplinar do Projeto Gestar. **Conclusão/Aprendizados:** Podemos concluir que as palestra oferecidas conseguiram orientar e guiar as 9 mães com mais tranquilidade até o momento do parto, não tendo intercorrências durante e após o parto. Mais estudos devem ser realizados para fortalecer ainda mais a aplicação e implantação do projeto Gestar em todo o estado do Acre, a fim de elucidar e sanar todas as dúvidas e assim evitar um dos grandes agravantes como as complicações com a grávida e o bebê antes e após o nascimento, depressão pós-parto nas futuras mães.

**Palavras-chave:** Gestação, Parto, Ambiente Hospitalar, Orientação do parto, Familiarização.



406-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O NÚCLEO DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA (NPV) E AS MULHERES TRANS EM UM CAPS AD III NA CIDADE DE SÃO PAULO

### Autora:

Flávia Meirelles Israel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IIRS - Instituto Israelita de  
Responsabilidade Social

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** O levantamento de referencial teórico evidenciou pouca exploração sobre o tema da violência, abuso de substância psicoativa por mulheres trans e os serviços especializados em saúde mental no Brasil. **Descrição e objetivos:** Na população LGBT, as mulheres trans abrangem um coletivo de pessoas que se expressam e se identificam diferentemente de seu sexo biológico, além do gênero binário (BRASIL, 2020). Esse trabalho tem por objetivo relatar a experiência de uma profissional de saúde, terapeuta ocupacional, trabalhadora de um CAPS AD III que foi integrante do Núcleo de Prevenção à Violência no serviço que atuou, com foco nos aspectos que envolvem a violência contra as mulheres trans usuárias de substância psicoativas. **Metodologia:** Relato de experiência desenvolvido em um CAPS AD III, localizado no município de São Paulo, de maio de 2019 a fevereiro de 2021. Realizou uma revisão de literatura para embasamento teórico e utilizou o diário de campo para dados da pesquisa. O recorte de público desta pesquisa são mulheres trans. O referencial utilizado foi coletado nas bases de dados LILACS e SCIELO. O diário de campo que é uma ferramenta em pesquisa-observação em que se observa a cultura e comportamentos de um grupo social (WEBER, 2009), onde a trabalhadora fez registros durante o período de atuação sobre o que foi observado. **Resultados/Implicação prática:** As ações realizadas pelo NPV foram definidas como: Exposição das “PENHAS”; Ficha SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), Consciência Negra, Educação Permanente, Café da Manhã com as mulheres trans e Centro de Cidadania LGBTI Móvel. Tais ações promoveram a articulação da rede intersetorial e o fortalecimento do vínculo por alguns atores da rede, desenvolveu-se educação permanente com as especificidades da violência, população LGBT e mulheres trans, favoreceu reflexão sobre o processo de trabalho (individual/coletivo), proporcionou a escuta sobre as situações de violência sofridas nos serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS) e discutidas as possibilidades de superar as lacunas e violências descritas a começar pela educação permanente aliada ao NPV. **Conclusão/Aprendizados:** As ações desenvolvidas corroboram com a portaria que instituiu o NPV, se faz necessário ampliá-las para permanecer desempenhando o cuidado integral nos CAPS. Conclui-se a urgência de investir em pesquisas com essa temática devido à sua escassez para pautar intervenções com embasamento científico e associadas a políticas públicas para o enfrentamento das violências contra as mulheres trans.

**Palavras-chave:** Violência, Mulheres Transsexuais, Centro de Atenção Psicossocial, Substância Psicoativa, Núcleo de Prevenção à Violência.



**454-1**

## **FORTALECIMENTO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA**

### **Autores:**

Ana Márcia Evaristo Cunha<sup>1</sup>; Izabela Queiroz Rocha Oliveira<sup>1</sup>; José Henrique Lopo Barros<sup>1</sup>; Eliane Maria Ferreira Lopes<sup>1</sup>; Daniela Coelho Borges<sup>1</sup>; Poliana Castro de Resende Bonati<sup>1</sup>; Ana Rita de Faria<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SPDM - Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina

**Descrição e objetivos:** Este trabalho tem como objetivo expor a importância da Educação Permanente Continuada dos colaboradores da Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (SPDM), no Município de Uberlândia. No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), a realização de capacitações para profissionais de saúde bucal é um dos trabalhos executados pela instituição, o que demonstra a prática de seus valores, e gera como produto a prestação da assistência com qualidade, sendo a população a maior beneficiada. O local da experiência é o estado de Minas Gerais, no município de Uberlândia. A abrangência das capacitações envolve os três setores sanitários de saúde atualmente sob gestão da SPDM: Central-Norte, Oeste e Leste. As imagens desta exposição cultural serão demonstradas durante todo o período da apresentação. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresse vontade e declare que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** RAS Uberlândia, APS Saúde Bucal, Capacitação Odontologia, Odontologia SPDM, SPDM Uberlândia.



472-1

## IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DA LINHA DE CUIDADO DA CIRURGIA BARIÁTRICA COMO ALIADA NO COMBATE A INCIDENTES CIRÚRGICOS E PÓS-CIRÚRGICOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### Autores:

Yago Moises Larrat<sup>1-2-3</sup>; Arline Cybelle Barcellos Faccin<sup>1-2-3</sup>; Alexandra dos Santos do Carmo<sup>1-2-3</sup>; Luciana Cristina da Costa Gomes<sup>1-2-3</sup>; Giovanni Luis Padão Merenda<sup>1-2-3</sup>; Carlos Armando Ribeiro dos Santos<sup>1-2-3</sup>; Tatiara Barreto Varela Barreto Varela<sup>1-2-3</sup>; Caio Vinícius Botelho Brito<sup>1-2-3</sup>

<sup>1</sup>HJB - Hospital Jean Bitar

<sup>2</sup>INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

<sup>3</sup>SESPA - Governo do Estado do Pará

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** No Brasil o número de pessoas obesas tem crescido rapidamente, tornando a doença um problema de saúde pública. No estado do Pará, o hospital público Jean Bitar, referência no procedimento, realizou no período de janeiro de 2019 a setembro de 2020 66 bariátricas, destas houve 5 reabordagens cirúrgicas, 14 complicações e 6 óbitos, tendo uma média de óbito de 9,09%. Tendo em vista estender o combate à obesidade no estado do Pará, no ano de 2020 foi criado o programa obesidade zero, que visou proporcionar à população paraense obesa o acesso a cirurgia bariátrica. **Descrição e objetivos:** Conforme o surgimento de evidência e os indicadores institucionais específicos sobre o assunto em questão. Foi identificada a necessidade de elaboração de um protocolo da linha de cuidado da cirurgia bariátrica, que teve por objetivo auxiliar as equipes nas tomadas de decisão, uniformizar condutas, contribuir com a segurança do paciente e, de forma indireta, reduzir custos na instituição.

**Metodologia:** Para isso, foram alinhados os critérios de inclusão: IMC, idade e aspectos psicossociais, critérios de exclusão: dependência química, distúrbios psicóticos graves, transtornos de comportamento alimentar, doenças cardiopulmonares, insuficiência orgânica, distúrbios psiquiátricos, doenças neoplásicas e falta de compreensão por parte dos pacientes e familiares sobre os riscos e mudanças de hábitos inerentes a cirurgia; foram padronizados os exames laboratoriais, de imagem e endoscópicos, além disso foi definido o acompanhamento pela equipe multiprofissional, sendo ela composta por psicólogos, médicos (endocrinologista, clínico, cirurgião, anestesista, cardiologista), enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, fisioterapeutas e nutrólogos, as instruções multiprofissionais específicas, o tempo de acompanhamento pela equipe, as técnicas cirúrgicas utilizadas, cuidados pré e pós-operatório até a alta hospitalar foram definidos.

**Resultados/Implicação prática:** Como resultado da implementação do protocolo no período de outubro de 2020 a agosto de 2021 foram realizadas 144 cirurgias, destas houve 4 reabordagens cirúrgicas, 7 complicações e 2 óbitos, tendo uma média de óbito de 0,72%, além de uma redução de custo por paciente de 52%. **Conclusão/Aprendizados:** Desta forma, podemos concluir que a implementação do protocolo foi efetiva e refletiu na qualidade do atendimento na instituição de saúde.

**Palavras-chave:** Bariátrica, Cuidado, Incidentes, Implantação, Protocolo.



472-2

## IDENTIFICAÇÃO DE SUBNOTIFICAÇÃO DE FLEBITE POR MEIO DA VIGILÂNCIA FARMACOLÓGICA

### Autores:

Yago Moises Larrat<sup>1-2-3</sup>; Arline Cybelle Barcellos Faccin<sup>1-2-3</sup>; Alexandra dos Santos do Carmo<sup>1-2-3</sup>; Lourival Lourival Freitas da Silva Netto<sup>1-2-3</sup>; Leonardo Silva Lima<sup>1-2-3</sup>; Giovani Luis Padão Merenda<sup>1-2-3</sup>; Caio Vinícius Botelho Brito<sup>1-2-3</sup>

<sup>1</sup>HJB - Hospital Jean Bitar

<sup>2</sup>INDSH - Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano

<sup>3</sup>SESPA - Governo do Estado do Pará

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Os eventos adversos são entendidos por danos causados pelo cuidado à saúde, constituem-se em problema de ordem mundial, requerendo ações preventivas pelas repercussões financeiras e pela morbimortalidade. A flebite enquadra-se no grupo de eventos adversos, sendo uma das complicações locais relacionadas ao uso de cateter venoso periférico. Consiste no processo inflamatório da camada interna das veias, tendo como principais manifestações clínicas: dor, edema, hiperemia e calor. A farmacovigilância é considerada uma aliada no combate de eventos adversos, pois visa identificar, avaliar e monitorar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos, com propósito de garantir que os benefícios relacionados ao uso desses produtos sejam maiores que os riscos por eles causados. **Descrição e objetivos:** Com objetivo de identificar se os eventos de flebites estavam sendo notificados em sua totalidade. **Metodologia:** Foram obtidos dados da dispensação do medicamento Escina + salicilato de dietilamônio, medicamento utilizado para tratamento das flebites, e foi cruzado com os dados de notificações do núcleo de segurança do paciente, o qual monitora ocorrências de flebites. Tal monitoramento é realizado com base nas notificações eletrônicas realizadas pelos profissionais de saúde no sistema de gestão da qualidade. **Resultados/Implicação prática:** Como resultado, foi identificada uma discrepância entre os dados notificados e a quantidade de medicamentos solicitados/administrados no paciente. De janeiro de 2021 a outubro de 2021, a média de notificações de flebite foi de 2/mês, já a dispensação de escina no período foi em média 40/mês para o mesmo período. O cruzamento de dados teve fundamental importância para o planejamento estratégico do combate aos casos de flebite. Como ação, foram realizados treinamentos para equipe assistencial, houve a alteração de diluição de alguns fármacos que geram flebite, criação de interação de processo entre a enfermagem e farmácia referente à liberação de medicamentos. **Conclusão/Aprendizados:** Tais achados contribuem para dar visibilidade ao perfil da flebite e constituem-se em indicadores para intervenção. Nesse sentido, emerge a importância da educação permanente como estratégia para sensibilização dos profissionais quanto à importância da notificação, bem como para ações educativas com vista à prevenção do agravo nos grupos mais expostos.

**Palavras-chave:** Farmacovigilância, Flebite, Identificação, Subnotificação.



507-1

## ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE METILFENIDATO NO CAPS INFANTOJUVENIL II CAMPO LIMPO

### Autores:

Janaina de Jesus Costa Miranda<sup>1</sup>;  
Simone Gomes Lima dos Anjos<sup>1</sup>;  
Munique Bertoni Lima da Silva<sup>1</sup>;  
Karoline Potrich Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A construção de linha de cuidado para os pacientes com diagnóstico de TDAH com engajamento da equipe multidisciplinar, contribui para uma prescrição e dispensação segura e racional do metilfenidato.

**Descrição e objetivos:** Avaliar as ações implementadas no CAPS IJ II Campo Limpo relacionadas a estratégias de segurança na prescrição e dispensação do metilfenidato, baseados no protocolo municipal (portaria 986/14).

**Metodologia:** Implementação de ações de melhoria no período de 09/2021 a 09/2022 como: Grupos avaliativos para diagnóstico diferencial para TDAH; Capacitação a toda equipe e novos colaboradores referente ao protocolo municipal (Portaria 986/14) sobre o metilfenidato; grupo psicoeducativo às famílias/responsáveis acerca do tratamento com metilfenidato; e participação ativa da equipe de farmácia para promoção da qualidade e segurança na dispensação e orientações à família a respeito do tratamento.

**Resultados/Implicação prática:** No período de setembro de 2020 a setembro de 2021, observou um número de 7 (sete) notificações relacionadas a inconformidades na prescrição ou dispensação do metilfenidato no CAPS Infantojuvenil II Campo Limpo. Após ações de melhoria implantadas, no período de outubro de 2021 a outubro de 2022, foi observada uma queda para 2 (duas) notificações, mostrando que é possível alcançar a meta de 100% de conformidade na prescrição e dispensação relacionadas ao metilfenidato, assim como, garantir um tratamento seguro e racional aos pacientes que são acompanhados neste serviço.

**Conclusão/Aprendizados:** Investimentos em psicoeducação às famílias/cuidadores contribuíram para melhor adesão e segurança no tratamento com metilfenidato. A educação permanente com equipe multidisciplinar são estratégias que promovem um tratamento seguro e de qualidade ao paciente. O monitoramento destas ações e inclusão de novas são importantes para manter a qualidade e segurança no tratamento.

**Palavras-chave:** Estratégias, Promoção, Segurança, Dispensação, Metilfenidato.



515-1

## RELATO DE EXPERIÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO COM ANQUILOGLOSSIA E TESTE DA LINGUINHA COMO PREVENÇÃO AO DESMAME PRECOCE EM UBERLÂNDIA-MG

### Autores:

Eliane Maria Ferreira Lopes<sup>1-2</sup>; Izabela Queiroz Rocha Oliveira<sup>2</sup>; Daniela Coelho Borges<sup>2</sup>; Mariana Borges Paiva<sup>1</sup>; Ana Rita Faria<sup>2</sup>; José Henrique Lopo Barros<sup>2</sup>; Fátima Cristina Cheik Costantin<sup>1-2</sup>; Ana Márcia Evaristo Cunha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SMS/PMU - Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia

<sup>2</sup>SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A anquiloglossia é prevalente em recém-nascidos podendo causar transtornos na sucção e deglutição com risco de abandono da amamentação. O tratamento é cirúrgico, e favorece o aleitamento materno.

**Descrição e objetivos:** Relatar uma experiência exitosa no fluxo de acolhimento, diagnóstico e tratamento oportuno das anquiloglossias em recém-nascidos lactentes na Rede de Atenção em Saúde em Uberlândia-MG. **Metodologia:** O fluxograma para o atendimento das anquiloglossias em Uberlândia foi elaborado seguindo a nota técnica do Ministério da Saúde (MS) e realizando busca em base de dados (PUBMED, LILACS e SCIELO) utilizando-se os seguintes descritores Decs/Mesh: anquiloglossia, aleitamento materno, lactente, cirurgia do freio lingual e Atenção Primária à Saúde (APS). Os artigos encontrados foram analisados e usados para construção de uma nota técnica municipal, seguida de capacitação da atenção primária e secundária para este atendimento. **Resultados/Implicação prática:** Pelo fluxograma do município, RNs com suspeita de anquiloglossia são acolhidos na maternidade e encaminhados para a avaliação, que é feita na APS no dia do teste do pezinho. A triagem segue o Protocolo Bristol – preconizado pelo MS, associado ao exame clínico e anamnese. Confirmado o diagnóstico, os RNs são encaminhados para a atenção secundária para a realização da frenotomia, onde os especialistas orientam os pais quanto à cirurgia, pós-operatório e amamentação, e executam o procedimento. O abandono do aleitamento materno é um problema de saúde pública, e o tratamento das anquiloglossias em lactentes em tempo hábil tem ajudado a evitá-lo. O estabelecimento desse fluxo tem sido uma experiência exitosa na garantia da qualidade de vida e saúde na primeira infância em nosso município. **Conclusão/Aprendizados:** A frenotomia é uma proposta segura, prática e eficaz no tratamento de lactentes com anquiloglossia e dificuldades na amamentação, sendo importante a realização do teste da linguinha em neonatos para diagnosticar e tratar esta alteração em tempo hábil. A organização do fluxo impede o erro e o atraso no diagnóstico e a demora no atendimento, visto que implica no abandono precoce da amamentação.

**Palavras-chave:** Amamentação, Anquiloglossia, Frenotomia, SMS Uberlândia, SPDM Uberlândia.



521-1

## “CINTURA DE PILÃO”: RELATANDO EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA PARA MULHERES EM ZONA RURAL DE MUNICÍPIO MARANHENSE

### Autores:

Ielda Pereira Rodrigues<sup>1-2</sup>; Rogério Cruz Mendes<sup>1</sup>; Maraisa Sena<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UBS Candeias - Unidade Básica de Saúde Candeias

<sup>2</sup>SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Conforme Guerra (2021), promover a AF não é uma tarefa simples no Brasil, pois fatores como gênero, renda, escolaridade e ambiente são determinantes de sua prática. **Descrição e objetivos:** Descrever, sob a ótica do enfermeiro da ESF, experiências de ações vivenciadas relativas a cuidados preventivos realizados no contexto da APS para mulheres em zona rural de município maranhense. Apresentar síntese de atividades de equipe multidisciplinar relativas a um programa de atividade física para mulheres na zona rural do município de São João do Sóter – MA. Relatar aprendizados adquiridos com o projeto “Cintura de Pilão”, efetuado no território da UBS Candeias. **Metodologia:** “Cintura de Pilão” conta com a participação de enfermeiros, médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e assistente social. Público-alvo: Mulheres com idade superior a 18 anos cadastradas na UBS que apresentarem IMC  $\geq 25$  e aceitem participar. Avaliação das metas: A avaliação do projeto ocorre pela continuidade das mulheres nos momentos programados e pelo grau de satisfação destas com as práticas desenvolvidas. Realiza-se também reavaliações periódicas do peso/IMC, comparando-se com os registros anteriores no prontuário de cada mulher, adequando sempre às suas necessidades específicas. **Resultados/Implicação prática:** Certamente, a partir da vivência ora relatada e dos depoimentos espontâneos das mulheres, percebeu-se melhoria na qualidade de vida daquelas que participam do “Cintura de Pilão”, constituindo-se, portanto, uma estratégia válida para redução de riscos de desenvolvimento de condições crônicas nessa população. Ademais, as atividades parecem fortalecer o vínculo do público feminino com a UBS/APS na medida em que aproxima as mulheres desse território específico de outras ações de cuidado preventivo igualmente importantes, tais como rastreamento de câncer de colo uterino e mama. É pertinente lembrar a recomendação de estudos futuros que avaliem, em uma perspectiva mais ampla, o processo de execução dessas estratégias, não desconsiderando as especificidades dos cenários plurais existentes na APS. **Conclusão/Aprendizados:** “Cintura de Pilão” traz inúmeros aprendizados: reconhecimento do território potencializado e suas necessidades de saúde, nesse contexto particular, as do público feminino, com todas as suas singularidades, reafirmação da necessidade do diálogo permanente dos atores da APS, a fim de distinguir possibilidades de atuação e estimular o engajamento articulado da equipe em todas as ações planejadas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Atividade Física, Estratégia Saúde da Família, Mulheres, Promoção à Saúde.



521-2

## ATIVIDADE FÍSICA SUPERVISIONADA POR PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: FORTALECENDO A PRÁTICA PARA PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

### Autores:

Railson Borges Alencar Melo<sup>1</sup>; Caliane Matos da Silva Pinheiro<sup>1</sup>; Maraisa Pereira Sena<sup>2</sup>; Aline Beatriz Rocha Paula<sup>1</sup>

<sup>1</sup>USF Marly Sarney - Unidade de Saúde da Família Marly Sarney

<sup>2</sup>SEMUS São João do Sóter - Secretaria Municipal de Saúde

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A atividade física é uma opção não farmacológica que auxilia na melhora da saúde de pessoas com DCNT ou como forma de prevenção, sendo uma estratégia de promoção da saúde. **Descrição e objetivos:** Descrever a experiência dos profissionais enfermeiro e fisioterapeuta sobre a estratégia de supervisionar atividade física de pessoas com HAS e DM no contexto da APS. Relatar, sob a ótica do enfermeiro e do fisioterapeuta, desafios e potencialidades identificadas na prática de atividade física supervisionada de pessoas com HAS e DM, acompanhadas na Unidade de Saúde da Família (USF) Marly Sarney na zona rural do município de São João do Sóter-MA. **Metodologia:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que versa sobre as percepções do enfermeiro e fisioterapeuta que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvendo a supervisão da prática de atividade física de pessoas com HAS e DM. Para o propósito do estudo é necessário mencionar como se dá a vivência da prática em questão, a saber: há um grupo composto por indivíduos com HAS e DM cadastrados na USF Marly, que recebe supervisão do enfermeiro e do fisioterapeuta na prática de atividade física no seu cotidiano dentro do território adscrito. **Resultados/Implicação prática:** Podemos afirmar que supervisionar a prática da atividade física de pessoas com HAS e DM não é uma das tarefas mais simples, porém notamos, *a priori*, que se trata de uma potente estratégia para qualificar um aliado tão importante na promoção da qualidade de vida desse público especial. Entre os desafios enfrentados para supervisionar a atividade física dos participantes, destacam-se a sua operacionalização, as questões geográficas e de deslocamento, haja vista o grupo ter integrantes residentes em áreas distintas e bem distantes da USF. Percebe-se que essa supervisão parece potencializar a estabilização clínica e funcional dos integrantes do grupo, na medida em que identifica, por exemplo, casos de autocuidado efetivo ou frágil e contextos de vulnerabilidades social e/ou familiar. **Conclusão/Aprendizados:** Sem dúvidas, dada a experiência relatada, sugere-se que a supervisão da atividade física de pessoas com HAS e DM no contexto da APS seja uma prática estimulada, levando-se em conta sempre aspectos como as especificidades do território e da população selecionada, a composição da equipe da USF e do quanto factível é a operacionalização das atividades num dado contexto.

**Palavras-chave:** Atividade Física, Atenção Primária à Saúde, Diabetes *Mellitus*, Hipertensão Arterial Sistêmica, Profissionais da APS.



528-2

## PROMOÇÃO DO USO DA MONITORIZAÇÃO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - PROJETO TELENORDESTE

### Autores:

Ana Christina Vellozo Caluza<sup>1</sup>;  
Stephan Sperling<sup>1</sup>; Sabrina Dalbosco  
Gadenz<sup>1</sup>; Fabiane Raquel Motter<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HSL - Hospital Sírio-Libanês

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é mais eficaz do que Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) em consultório e requer menor investimento financeiro e humano. **Descrição e objetivos:** O Projeto TeleNordeste tem como objetivo fortalecer o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na região Nordeste do Brasil, por meio da realização de teleinterconsultas (assistência médica digital triangulada na qual participam o médico da APS, o médico especialista do Hospital Sírio-Libanês e o usuário). Promover a utilização correta da MRPA no acompanhamento médico do usuário e em casos considerados sensíveis substituir as solicitações de (MAPA) pela MRPA. **Metodologia:** A MRPA é o método para registro da pressão arterial fora do ambiente do consultório. Durante a realização da teleinterconsulta, foram realizadas orientações quanto à maneira correta de realizar a MRPA (três medidas com intervalo de um minuto entre elas, nos períodos da manhã e entardecer/anoitecer, por cinco dias, para um mínimo de 14 medidas válidas, descartadas as medidas discrepantes), ressaltando a importância das condições ideais para realização do procedimento, como validação do aparelho, com intuito de garantir maior qualidade ao método. **Resultados/Implicação prática:** Nos primeiros três meses do projeto (junho a outubro/2020), foram atendidas 52 condições clínicas pertinentes à especialidade de cardiologia, sendo que 51,9% (27) eram específicas para o diagnóstico de HAS. Observou-se um consenso entre os médicos da APS quanto aos benefícios que o método exibe, sem que houvesse necessidade de maçantes discussões, mas apenas a sugestão e explanação do método. Além da confirmação diagnóstica de HAS, a MRPA contribui com diagnósticos diferenciais como hipertensão mascarada, do avental branco, resistente; possibilita ajuste do tratamento e acompanhamento em longo prazo de hipertensos em tratamento. **Conclusão/Aprendizados:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um importante desafio para as redes de atenção à saúde, pois apresenta elevada prevalência e é o principal fator de risco para doenças do cérebro e cardiovasculares. A MRPA é um método simples e barato ao serviço, de fácil compreensão, com vantagens ao usuário que vão desde a segurança até o despertar para o autocuidado.

**Palavras-chave:** Atenção Secundária, Hipertensão Arterial Sistêmica, Monitorização da Pressão Arterial, Qualidade do Cuidado, Telessaúde.



547-1

## SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Clenilda Aparecida dos Santos<sup>1</sup>;  
Jarbas Galdino Bandeira<sup>2</sup>; Rosa Maria  
Ferreira de Almeida<sup>3</sup>; Adriana Tavares  
Hang<sup>4</sup>; Luiz Leonardo Louzada  
Nobrega<sup>5</sup>, Priscilla Perez da Silva  
Pereira<sup>3</sup>, Danuza Barros Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SESAU - Secretaria de Estado da Saúde  
de Rondônia

<sup>2</sup>AGEVISA - Agência Estadual de Vigilância  
em Saúde

<sup>3</sup>DENF - Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal de Rondônia

<sup>4</sup>ICEPI - Instituto Capixaba de Ensino,  
Pesquisa e Inovação

<sup>5</sup>CEO - Nobre Lion Assessoria e  
Consultoria em Saúde Ltda

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Pesquisas relacionadas à segurança do paciente, em sua maioria, se concentram, sobretudo na atenção hospitalar por haver procedimentos mais complexos, em maior número e com isso, o risco mais elevado de falhas e, de modo consequente, eventos adversos danosos. No entanto, é fundamental destacar que os incidentes oriundos de atos intencionais ou não intencionais podem também atingir os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS). **Descrição e objetivos:** Relatar as experiências e contribuições da planificação da atenção à saúde de uma região de Rondônia, para os profissionais da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Segurança do Paciente (SP). **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o desenvolvimento do projeto PlanificaSUS, na região de saúde Madeira Mamoré, que compreende cinco municípios do Estado de Rondônia, incluindo a capital, no período de junho à agosto de 2022. **Resultados/Implicação prática:** Durante a etapa de monitoramento e avaliação na APS e na Atenção Ambulatorial Especializada do PlanificaSUS, foram elencadas ações prioritárias e, como etapa inicial, a necessidade de sensibilizar profissionais e gestores da APS por meio da realização do I Encontro Estadual de Segurança do Paciente na APS, cujo foco principal girou em torno da importância da SP para esse nível de complexidade. Nesse encontro que contou com a participação de 160 pessoas, houve especificamente uma oficina para desenvolvimento dos planos de ação no âmbito municipal. Entre os principais gargalos que o público composto por profissionais de saúde que desempenham suas funções na Atenção Primária, destacaram-se as oportunidades de melhoria para as ações voltadas à identificação dos pacientes (usuários), a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos no contexto da APS. As estratégias elencadas foram formalizadas junto aos municípios e serão incluídas nas diretrizes Estaduais de SP. **Conclusão/Aprendizados:** Há necessidade de desenvolver estratégias que promovam a cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde, no intuito de ampliar o olhar holístico dos profissionais envolvidos para reconhecerem e gerenciarem os riscos na APS, bem como minimizar as falhas e, consequentemente, os eventos adversos, a fim de melhorar a qualidade do cuidado ofertado à população nesse nível de atenção à saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Segurança do Paciente.



563-1

## IMPLANTAÇÃO DE FLUXO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO A SAÚDE BUCAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### Autores:

Maria Fernanda Borro Bijella<sup>1-2</sup>;  
Raimunda Franklin Lopes<sup>1</sup>; Thalita  
Fernandes Cardoso<sup>1</sup>; Clenilda  
Aparecida dos Santos<sup>3</sup>; Adriana  
Tavares Hang<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SEMUSA-PVH - Secretaria Municipal de  
Saúde de Porto Velho

<sup>2</sup>UNIRON - Faculdade de Educação de  
Porto Velho

<sup>3</sup>SESAU - Secretaria de Estado da Saúde  
de Rondônia

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A Atenção Primária à Saúde é a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando também como coordenadora do cuidado por ser a porta de entrada/acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse nível de atenção, também é ofertado o serviço de odontologia à população, proporcionando uma assistência multiprofissional. No entanto, há lacunas na produção científica, sobretudo na região Norte e em Rondônia, em relação a segurança do paciente e a odontologia, sendo discussões que tenham como evidência a exposição sobre a temática em questão, fundamentais para melhorias na qualidade e segurança dos atendimentos. **Descrição e objetivos:** Relatar as contribuições do projeto PlanificaSUS para implementação de fluxo de triagem voltado para a segurança do paciente na atenção à saúde bucal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante o desenvolvimento das Etapas do Projeto PlanificaSUS, na Unidade de Saúde da Família Renato Medeiros, considerada uma das quatro Unidades Laboratórios (UL) em Porto Velho, Rondônia. **Resultados/Implicação prática:** A organização dos processos de trabalhos internos, sobretudo na primeira fase do projeto, aconteceu na sala de acolhimento/triagem. Todas as crianças maiores de três anos de idade que irão passar pelo atendimento odontológico têm seus sinais vitais aferidos, dentre eles a pressão arterial, garantindo a segurança do paciente no cuidado ofertado. Durante esse processo, após estabelecimento do fluxo/rotina a ser realizado em todos os pacientes destinados ao atendimento na saúde bucal, a equipe identificou uma criança de 11 anos de idade com Hipertensão Arterial (HAS) antes de se submeter ao procedimento de extração dentária. Procedimento este que necessita de intervenção anestésica, demanda sangramento e necessidade de sutura e que poderia trazer complicações ao paciente. **Conclusão/Aprendizados:** A implantação de protocolos de Procedimento Operacional Padrão (POP) se mostrou indispensável para a garantia de uma rotina padronizada, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Tal ação fortaleceu as ações assistenciais no que tange à qualidade, proporcionando segurança para o profissional e para os usuários dos serviços de saúde, sobretudo para os que buscam atendimento odontológico.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Segurança do Paciente, Assistência Odontológica, Fluxo de Trabalho.



567-1

## DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DOS PACIENTES COM PTS NÃO INTENSIVO

### Autores:

Simone Gomes de Lima dos Anjos<sup>1</sup>;  
Daniella Sampaio Zorzi<sup>2</sup>; Karoline  
Potrich Pereira<sup>1</sup>; Paulo Maurício  
Menezes Nunes<sup>1</sup>; Patrícia Crucello da  
Silva<sup>1</sup>; Madalena Rosária Rodrigues  
da Silva<sup>1</sup>; Lenilson Cruz de Souza<sup>1</sup>;  
Alexsander Paixão Vicentin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAPSIJ II CL - CAPS Infantojuvenil II  
Campo Limpo

<sup>2</sup>IIRS - Área de Apoio - Instituto Israelita  
de Responsabilidade Social Albert  
Einstein

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** Há uma indagação se os usuários que estão conosco apresentam demanda para estar atualmente, ou se poderíamos trabalhar imediatamente a transição de cuidado com a APS ou demais serviços da rede. **Descrição e objetivos:** O CAPS possui 564 usuários ativos com prejuízos graves e há necessidade de estabelecer equilíbrio entre demanda X necessidade. O CAPS atualmente está 364% além da capacidade instalada. Identificar os pacientes com PTS não intensivo que ainda possuem demanda que justifique a sua permanência em tratamento no CAPS IJ II, e quais a equipe precisa trabalhar a transição do cuidado com APS e/ou demais serviços da rede. Conseqüentemente reduzir o serviço que está inflado. **Metodologia:** Revisão sistemática de 390 prontuários dos pacientes em modalidade não intensivo, iniciando pelos mais antigos durante as reuniões de equipe multidisciplinar. A reuniões duravam 1 hora e foram avaliados em média 25 prontuários por cada reunião todas as segundas-feiras, pelo período de 2 meses e meio. Foi criado um formulário que deveria ser preenchido por outro profissional que não fosse a referência do caso. **Resultados/Implicação prática:** Identificamos a perspectiva de 230 usuários não intensivos dos prontuários mais antigos e a possibilidade de trabalhar alta durante 4 meses dentre os 390 prontuários avaliados por meio do formulário. Gerando possibilidade de 59% de alta terapêutica. Observou-se que dos 390 pacientes 135 têm diagnóstico de TEA. 92 estão em uso de ritalina, enquanto 290 não fazem uso. As respostas mais frequentes relacionadas aos motivos para estar inserido no CAPS foram: tentativa de suicídio, crise de ansiedade, dificuldade de regras e limites, distúrbio opositor e desafiador. Dessa forma, após a revisão sistematizada dos prontuários, por meio do formulário, podemos proporcionar mudanças efetivas nos processos de trabalho potencializando a eficiência da gestão, agenda e organização da atenção secundária. **Conclusão/Aprendizados:** A assistência psiquiátrica prestada aos portadores de transtorno mental na clínica da infância e adolescência deve estar alinhada com a real necessidade do paciente dentro dos serviços dos níveis de complexidade. Identificar suas demandas e fomentar a continuação na gestão do cuidado é determinante para o melhor cuidado em relação ao tratamento, segurança, qualidade e melhor prognóstico envolvido.

**Palavras-chave:** Demanda, Estratificação, Não Intensivo, Permanência, Prontuário.



574-1

## SEGURANÇA DO PACIENTE X HUMANIZAÇÃO NA RAS

### Autora:

Daniela de Oliveira Souza<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MAS - Maternidade Albert Sabin

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A qualidade na assistência está diretamente relacionada à segurança do paciente, bem como utilizar uma ferramenta essencial: a humanização no atendimento. Conforme Simões *et al.* (2007), os profissionais de saúde estão condicionados a ações curativas e não estão preparados para a qualidade da assistência humanizada, o que deixa de tornar-se um serviço mais resolutivo. Neste diapasão, tornam-se necessárias as políticas públicas de saúde voltadas para humanização da equipe x paciente. **Descrição e objetivos:** O objetivo geral deste relato de experiência é mostrar a importância e o impacto que a humanização no atendimento prestado influencia diretamente na qualidade da assistência, bem como na segurança do paciente. Estabelecer metas de segurança do paciente e correlacionar com humanização na assistência prestada. **Metodologia:** A metodologia aplicada na maternidade foi a utilização de pulseira de identificação, conferindo nome completo e data de nascimento (para evitar homônimos), garantindo então a segurança da paciente, bem como avaliar os riscos iminentes diante do quadro apresentado, e entender o propósito para o qual a paciente procurou a rede de atenção à saúde acolhendo, mantendo escuta ativa e sendo resolutiva diante do quadro clínico. Otimizando tempo de bem-estar da paciente. **Resultados/Implicação prática:** A procura do serviço foi otimizada após o profissional compreender que se houver uma escuta ativa, uma educação continuada desde emergência explicando e esclarecendo dúvidas, o paciente retornará quando houver uma real necessidade. E aqueles que necessitarem de uma atenção à saúde identificado no ato da triagem, serão direcionados ao médico e sentirão mais segurança na equipe reduzindo ruídos de comunicação e firmando um elo com a equipe. **Conclusão/Aprendizados:** Conclui-se que é possível, mesmo numa emergência obstétrica do SUS, praticar humanização, tendo empatia com o paciente, se colocando no lugar do outro, criando uma confiança mútua com equipe x paciente, focando na segurança do paciente, o que gera qualidade na assistência otimizando assim a prestação do serviço ofertado.

**Palavras-chave:** Segurança do Paciente, Qualidade na Assistência, Humanização, Atenção à Saúde.



**582-1**

## **SENSIBILIZAÇÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

### **Autores:**

Viviane Scandiucci Mota<sup>1</sup>; Ana Paula Rodrigues de Brito<sup>1</sup>; Karina Letticia Dantas Brito<sup>1</sup>; Marina Fini de Souza<sup>1</sup>; Priscila Garcia de Oliveira<sup>1</sup>; Maria Clara Augusto Freitas<sup>1</sup>; Patrícia Barbosa dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HIAE - Hospital Israelita Brasileiro Albert Einstein

**Descrição e objetivos:** De forma lúdica, por meio de uma paródia escrita pelo Time de Segurança da unidade, foi realizado um dia de mobilização para conscientização da Higienização das Mãos. O Time de Segurança local da AMA/UBS Vila Prel entrou em todos os setores de atendimento, cantando a Paródia: “Sua Segurança Começa por Suas Mãos” utilizando fantoches e cartazes para a ação ficar interativa junto a todos os colaboradores, abrangendo todos os turnos. Foi uma ação bem animada, que trouxe uma experiência muito exitosa com alto impacto. Estado: São Paulo. Região de Saúde: Sul. Município: São Paulo. Nome da unidade: AMA/UBS Vila Prel. O vídeo possui 5 minutos e 59 segundos atendendo a regra de submissão dos trabalhos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresse vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chaves:** Higienização, Mãos, Segurança.



**597-2**

## **O BLOCO DE HORAS APRESENTADO EM 3:51 MINUTOS**

---

### **Autora:**

Antônia Adriana Oliveira Farias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ESF - ESF Clodoaldo Basílio I e II

**Descrição e objetivos:** Durante os meses entre *Workshop* e Oficina tutorial do PlanificaSUS, tivemos muitos momentos importantes e com ele, a Etapa 3 que tratava do Acesso as Redes de Atenção. A partir desse momento, a ESF adotou esse modelo de organização da agenda. Então, resolvemos fazer um vídeo em que mostra a organização da agenda pelo bloco de horas da ESF Clodoaldo Basílio I e II. Pelo canal no YouTube, mostrar para todos o avanço e a organização dos atendimentos a partir dessa modificação. Pará. 4 CRS Rio Caetés. Bonito. ESF Clodoaldo Basílio I e II. Apresentação no canal do YouTube de 3:51 minutos. Autorização do uso de imagem em nome de todos os autores do trabalho. Ao prosseguir com o processo de submissão do trabalho, expresso vontade e declaro que autorizo o uso do conteúdo aqui presente sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem e áudio, ou a qualquer outro participante deste trabalho aqui submetido.

**Palavras-chave:** Clodoaldo Basílio I e II, Bloco de Horas, Organização, População, Usuário.



604-2

## A UTILIZAÇÃO DO MODELO DE MELHORIA NA IMPLANTAÇÃO DA PAS EM UMA REGIÃO NO MARANHÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO TIME DE CONSULTOR E FACILITADORES

### Autores:

Érika de Almeida Leite da Silva Teixeira de Souza<sup>1</sup>; Larissa Maciel de Almeida<sup>1</sup>; Livia Lima Nogueira dos Santos<sup>1</sup>; Rubenilson Luna Matos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>BP - A Beneficência Portuguesa

**Introdução/Justificativa/Contextualização:** A PAS foi ampliada para a Região de Presidente Dutra e iniciamos as articulações locais para a operacionalização da PAS na Região. **Descrição e objetivos:** A Planificação de Atenção à Saúde (PAS) se iniciou em Caxias (2016), expandiu para Timon (2017) e São João dos Patos (2018) e ampliou para as Regiões de Codó, Pedreiras e Presidente Dutra (2022). A Região de Presidente tem 16 municípios e uma população estimada de 292.311 hab. (IBGE estimativa 2021), área territorial de 12.604,10 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 23,19 hab/km<sup>2</sup>. **Objetivo:** Descrever o processo de implantação da PAS na Região de Presidente Dutra no Maranhão utilizando o modelo de melhoria. **Metodologia:** Início em agosto de 2022, é feita a articulação com a SES/Maranhão e o início dos diálogos com a equipe da Regional de Saúde de Presidente Dutra. 30 dias após o início do processo, os 16 municípios pactuam o início das atividades na CIR, articula-se a agenda de encontros on-line, é instituído o grupo condutor da Região e em 26 dias realizada a primeira oficina tutorial com a adesão de todos os municípios e a capacitação dos Tutores regionais, municipais e das UBS de 4 municípios. Utilizamos o modelo de melhoria, os ciclos de PDSA e ferramentas de qualidade. **Resultados/Implicação prática:** Alinhamento dos fundamentos conceituais da PAS e realizando o diagnóstico local para formar linha de base, sendo monitorada a realização desta ação como um indicador. O alinhamento teórico foi realizado presencialmente, sendo necessário apenas o resgate de 1 município na modalidade on-line e aplicada a ferramenta do *checklist* para que cada município conhecesse o seu diagnóstico. No primeiro monitoramento on-line, já realizamos o giro do PDSA e identificamos as dificuldades que estavam focadas na replicação das oficinas nas UBS. Foi feita uma rápida avaliação da causa raiz dos problemas, sendo propostas novas ações que já foram colocadas em prática ao término do encontro para ancorar um próximo giro de PDSA para alcançar o objetivo da melhoria proposta. **Conclusão/Aprendizados:** Realizar giros rápidos do PDSA e utilizar de forma adequada as ferramentas de qualidade de forma prática e operacional leva a equipe a se familiarizar e aprender a utilizar essa metodologia. Como consultores e facilitadores precisamos desenvolver essa habilidade, tirando do papel e tornando prática a utilização dessas tecnologias pelos profissionais na gestão e assistência.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde, Qualidade, Planificação de Atenção à Saúde, Redes de Atenção à Saúde.

