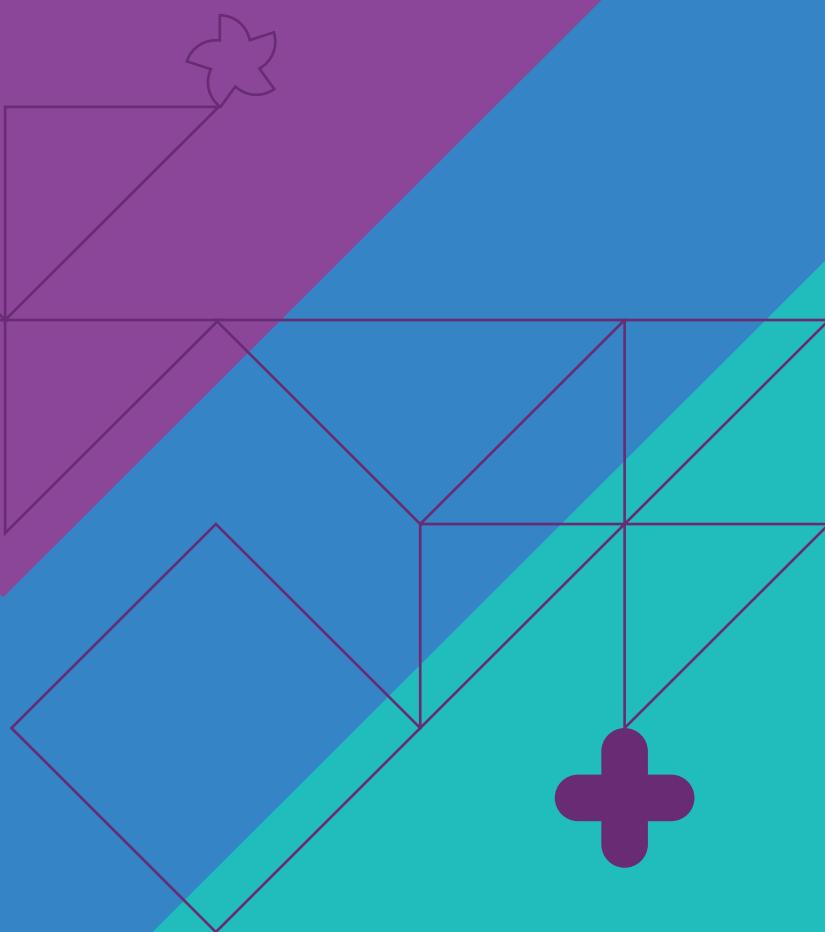


# Guia Orientador

Ciclo II - Tutoria III



Macroprocessos e  
microprocessos básicos da APS



A Beneficência  
Portuguesa  
de São Paulo



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



# Projeto Planificação da Atenção à Saúde

BP - A Beneficência Portuguesa de São Paulo  
Gerente Executivo PROADI SUS:  
Dante Dianezi Gambardella

Coordenador Projeto Planificação  
Rafael Saad Fernandez

## Assessoria Técnica

Alzira Guimarães  
Eliane Chomatas  
José Pereira de Souza  
Lavínia Aragão  
Priscila Rabelo  
Marta Campagnoni

## Autoras

Alzira Guimarães  
Eliane Chomatas  
Priscila Rabelo  
Rafael Saad Fernandez

## Revisão do Guia

Rafael Saad Fernandez  
Suzan Alves de Oliveira



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



Triênio 2024-2026

# Sumário

## 1. Escopo 04

## 2. Contextualização 07

- 2.1 Checklist 08
- 2.2 Ambiência 14
- 2.3 Território 14
- 2.4 Cadastro 16
- 2.5 Estratificação de risco familiar 17
  - 2.5.1 Estratificação de risco familiar - A Escala de Coelho e Savassi 19
- 2.6 Estratificação de risco populacional e identificação das subpopulações alvo por fator ou condição crônica 25

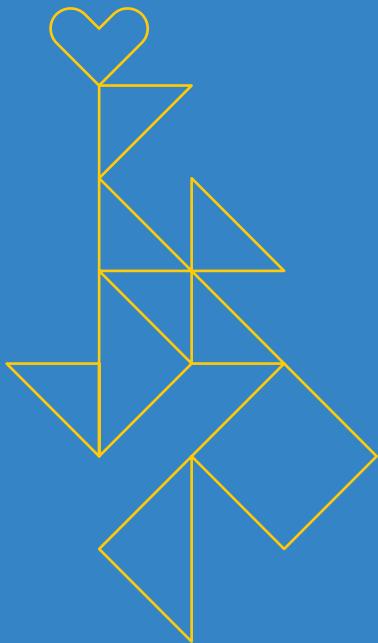
## 3. Operacionalização para a terceira oficina tutorial 28

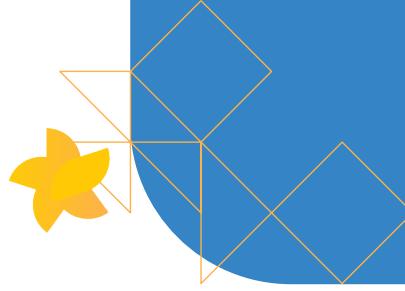
- Pré-tutorias 29
- Tutoria 30
- Pós Tutoria 35

## 4. Matriz PDSA - Terceira Oficina Tutorial 36

- 4.1 Matriz PDSA - Study e Act da Oficina Tutorial II - Ciclo II 36
- 4.2 Matriz PDSA da Terceira Oficina Tutorial - Ciclo II 37

## 5. Referências 39





# 1. Escopo

Nosso percurso neste Ciclo II do Projeto Planificação da Atenção à Saúde tem sido intenso, abordando temas novos para alguns territórios e aumentando a maturidade de elementos que já vinham sendo trabalhados no triênio anterior.

Lembramos que, na **Oficina Tutorial I do Ciclo II**, iniciou-se a construção da parede dos macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos, que ainda está sendo edificada, por ser complexa sua implantação e por exigir desencadeamentos, como por exemplo, os cursos de capacitação em classificação de risco para os profissionais de saúde, recomendados que fossem desenvolvidos pelas regiões/municípios, com suporte dos Estados e do Distrito Federal.

Já na **Oficina Tutorial II do Ciclo II**, trouxemos uma discussão sobre segurança do paciente, macroprocesso relevante por se tratar de um componente de melhoria de qualidade da atenção, transversal a todos os macroprocessos da Construção Social da Atenção Primária à Saúde (APS).

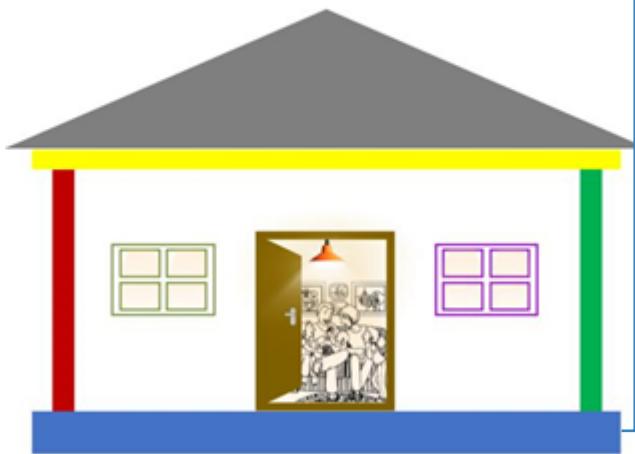
Neste guia da **Oficina Tutorial III**, trazemos a proposta de abordar os **Macro e Microprocessos Básicos**.

Nosso objetivo é solidificar a construção do alicerce da casa (metáfora da construção social da APS), que garantirá uma base qualificada para todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária. A partir desse alicerce, foi iniciada a edificação das paredes, a partir das quais, posteriormente, serão construídos o teto, o telhado, a porta, as janelas e a iluminação da casa. Esta última, recentemente instalada em nosso modelo, sendo a representação dos macroprocessos de qualidade e segurança do paciente.

Nessa tutoria, será realizado um resgate de alguns macroprocessos e microprocessos básicos que não foram contemplados no Ciclo I, quando tivemos oportunidade de abordar parte das questões endereçadas por esse conjunto de processos. Será, portanto, uma oportunidade de revê-los ou implantá-los, para então seguir em frente para completarmos a construção da nossa casa.

Nesse sentido, cabe uma revisão sobre os micro e macroprocessos básicos, que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: territorialização, cadastramento das famílias, estratificação de risco familiar, diagnóstico local, estratificação de risco populacional e identificação das subpopulações alvo por fator de risco de saúde, de acordo com sua complexidade, a programação, monitoramento e contratualização, agenda de atendimentos e a organização da carteira de serviços da unidade (MENDES, 2019). A figura 1 mostra os macroprocessos da construção social da APS e destaca a prioridade que foi proposta para discussão no Guia III.

## A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



1	Macroprocessos e Microprocessos Básicos
2	Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
3	Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas hiperutilizadoras
4	Macroprocessos de Atenção Preventiva
5	Macroprocessos de Demandas Administrativas
6	Macroprocessos de Atenção Domiciliar
7	Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
8	Macroprocessos de Cuidados Paliativos
9	Macroprocessos de Qualidade e Segurança do Paciente

Figura 1 - A metáfora da casa da construção social da APS.

Os microprocessos básicos da APS são essenciais para assegurar a qualidade dos serviços, especialmente no que diz respeito à segurança dos indivíduos. Isso inclui etapas como recepção, acolhimento e preparo dos pacientes, administração de vacinas, realização de curativos, dispensação de medicamentos, coleta de exames, execução de procedimentos terapêuticos, práticas de higienização das mãos, esterilização de equipamentos e ambientes, e gestão de resíduos.

A implementação desses microprocessos geralmente requer a formulação de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e sua aplicação efetiva nas unidades de saúde. Durante o desenvolvimento das tutorias, alguns desses POPs têm sido disponibilizados para incentivar a customização com base na realidade local, enquanto outros estimulam que os municípios elaborem seus próprios procedimentos de acordo com suas necessidades específicas.

Na tutoria III, é sugerido revisitar a estratificação de risco da população e identificar as subpopulações com fatores de risco ou condições de saúde, o que

é crucial para a gestão baseada na população e no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). É importante lembrar que a falta de identificação e estratificação de riscos pode resultar na sub-oferta de cuidados necessários para aqueles com maior risco e/ou na superoferta de cuidados desnecessários para os de menor risco, levando a uma atenção ineficaz e ineficiente.

Embora os macroprocessos sejam conhecidos pelos profissionais, recomenda-se uma revisão da ambientação das unidades de saúde e do agendamento modificado (bloco de horas), que são indicadores da eficácia da implementação dos macroprocessos.

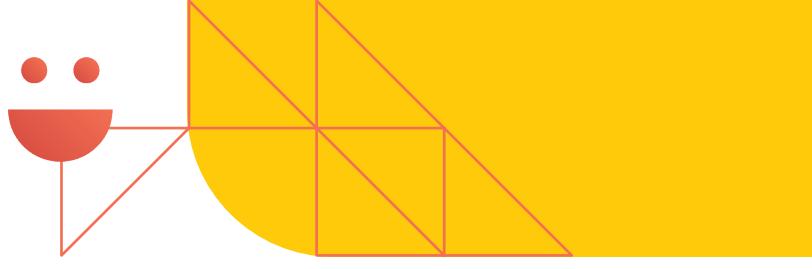
Além disso, propõe-se revisitar o cadastro individual e familiar, pois este é fundamental para estabelecer vínculos entre a população e os profissionais de saúde, além de facilitar a execução de outros macroprocessos. Na proposta de financiamento anterior da APS, uma parte dos recursos dependia do cadastro; na proposta atual, o componente fixo aumenta a previsibilidade do financiamento.

Considerando a recente publicação da Portaria 3943/MS/2024), que institui a nova metodologia de cofinanciamento federal do piso da APS, observa-se que muitos gestores e profissionais, ainda estão em processo de apropriação da portaria acima mencionada. Dessa forma, recomenda-se nessa tutoria provocar uma discussão sobre a importância de dar continuidade ao acompanhamento de indicadores, enquanto se aguarda os novos que serão incorporados gradativamente, programados para disponibilização para o segundo quadrimestre de 2024.

Estados e alguns municípios possuem indicadores que foram eleitos como prioritários, e essa, pode se tornar em uma oportunidade para realizar o monitoramento. A preocupação é que, de acordo com a portaria, em um período de transição de um ano, todos os municípios terão valores classificados como “bons”, e pode ocorrer uma desmobilização no acompanhamento e monitoramento dos indicadores, podendo comprometer a “cultura do monitoramento”.

Nessa perspectiva, é importante reforçar que as equipes devem seguir nos processos de trabalho de acompanhamento dos indicadores, em seus territórios, uma vez que as alterações ocorrerão com revisão e a ampliação de indicadores, com foco principalmente, na qualidade da atenção.

O plano de atividades da tutoria III, inclui também a aplicação do checklist da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). O **checklist** é uma ferramenta importante que tem a finalidade de, por meio da percepção dos profissionais, avaliar e monitorar o desenvolvimento dos macroprocessos, devendo ser utilizado pelas equipes de saúde para qualificar a atenção e planejar estratégias para serem implementadas quando identificadas oportunidades de melhoria. O **checklist** da AAE tem uma configuração própria e, cada ambulatório, encontra-se em um momento diferenciado. Dessa forma, para cada um deles será trabalhado macroprocessos diferentes.



## 2. Contextualização

A Oficina Tutorial III traz como objetivo revisar e organizar os macro e microprocessos básicos relacionados ao cadastro familiar, estratificação de risco familiar, estratificação de risco populacional e identificação de subpopulações alvo com fator de risco ou condições crônicas.

### Tem como resultados esperados:

- Melhorar a ambiência da UBS.
- Definição ou atualização do território da UBS e suas respectivas microáreas.
- Cadastro individuais e das famílias: atualizados e inseridos no e-Sus/sistema eletrônico municipal.
- Estratificação de risco familiar realizada.
- Estratificação de risco populacional e identificação das subpopulações alvo com fator de risco ou com condições crônicas inseridas em planilhas de registro coletivo.
- Registro coletivo das condições de saúde prioritárias implantado.
- Revisão para implantação/implementação dos demais macro e microprocessos básicos da construção social da APS.
- Discussão e implantação da **Meta 1** de Segurança de paciente na APS - identificação correta do paciente.
- Autoavaliação pela equipe dos macroprocessos da APS por meio do checklist e registro no e-Planifica.

### As metas a serem alcançadas:

- Território da UBS e microáreas 100% atualizados;
- 100% das pessoas e famílias cadastradas;
- 100% das famílias estratificadas por risco;
- 100% das pessoas com condições crônicas identificadas e inseridas no registro coletivo;
- 100% dos microprocessos básicos implantados;
- 100% dos POPs dos microprocessos básicos elaborados/atualizados;
- 100% profissionais de saúde capacitados sobre os POPs elaborados/atualizados;
- 100% do macroprocesso Segurança do Paciente na APS - Meta-1 implantada;
- *Checklist* realizado e registrado no e-Planifica.

O processo para implantação do modelo PASA nos ambulatórios, segue uma proposta diferente da APS, o ambulatório conta com macroprocessos próprios de: gestão, assistência, educação, apoio institucional (supervisão), pesquisa - que são perpassados pela qualidade e segurança do paciente que são considerados, como na APS, macroprocessos transversais.

O percurso para a implementação de cada macroprocesso na AAE é particularizado, a partir da análise dos estágios de avançamento de cada ambulatório, considerando os

resultados da avaliação que é realizada por meio do instrumento de avaliação dos macroprocessos da AAE (checklist da AAE). Por se tratar de ambulatórios com diferentes estágios de avançamento para a implantação do modelo PASA, a organização dos processos semelhantes que constam nos macros e microprocessos da APS, já foram implementadas nos ambulatórios e, no início desse triênio, foram revisitados. Os ambulatórios que foram identificadas oportunidades de melhoria, foi elaborado um Plano de Ação e estão em fase de execução.

## 2.1 Checklist

Considerando que no ciclo anterior, foi utilizado um *checklist* adaptado, para a realidade daquele momento, neste ciclo, a Beneficência Portuguesa optou em utilizar, o que atualmente está sendo operacionalizado pelo Hospital Beneficente Israelita Albert Einstein (HIBAE). Esse checklist está planejado para ser aplicado integralmente na tutoria III e em outros dois momentos (a serem definidos), o que permitirá ter um acompanhamento mais ampliado, do desenvolvimento da Planificação nas unidades das diversas regiões de saúde em que acontece a PAS.

Em cada macroprocesso abordado, nos próximos guias, serão listados os itens contidos no checklist, referentes aquele macroprocesso, para que as equipes possam fazer uma avaliação parcial e contemplar o que não está em conformidade no plano de ação.

Dessa forma, faz-se importante que, em cada tutoria, sejam checadas as atividades inerentes ao guia orientador para aquele

macroprocesso abordado.

Na oficina tutorial III, por meio do checklist, novamente será revisitada a territorialização. A discussão sobre a organização do território, de responsabilidade das equipes de saúde da família, a revisão de como se encontra a distribuição das microáreas é básico, para o conhecimento da população que habita a área sob responsabilidade daquela equipe.

Além disso, essa revisão oferece a oportunidade de reavaliar e discutir novas abordagens para a organização dos serviços de saúde nos diferentes territórios. Isso envolve um exame detalhado de todo o processo de planejamento, incluindo a realização de diagnósticos, a identificação e priorização dos problemas de saúde, e a programação e execução das atividades.

**Itens que constam no checklist, referentes a organização das unidades produtivas e higienização da unidade de saúde, estão sendo contemplados no link ou QR Code abaixo**, que apresenta um compilado de alguns POPs, elaborado pela UMANE/CONASS e customizados para esse guia, visando apoiar as regiões/municípios, para a organização das suas respectivas unidades de saúde.



**[bit.ly/3SFpRP4](http://bit.ly/3SFpRP4)**

A seguir estão apresentados os itens do *checklist* que necessitam ser revistos ou trabalhados na tutoria III:

## Territorialização

**A unidade possui definida sua área de abrangência (áreas/microáreas) atualizada** + verificação

1. Existe roteiro para territorialização.
2. São consideradas as barreiras de acesso.
3. Existe periodicidade para atualização da área de abrangência (pelo menos uma vez ao ano).
4. Possui o mapa inteligente do território definido.
5. Possui documento do diagnóstico do território de abrangência da equipe com dados demográficos, socioeconómicos, culturais, ambientais e epidemiológicos com a data da última atualização.

**A equipe estabelece parcerias com conselhos, entidades e/ou lideranças comunitárias voltadas ao cuidado da população do território** + verificação

1. Há conselhos, entidades e/ou lideranças comunitárias identificados pela equipe.
2. Todos os membros da equipe conhecem os conselhos, entidades e/ou lideranças comunitárias.
3. Algum membro da equipe realizou alguma ação e/ou reunião integrada aos conselhos, entidades e/ou lideranças nos últimos 6 meses.
4. Há evidência das ações realizadas.
5. As ações são divulgadas no quadro de avisos da unidade e atualizadas pelo menos a cada 6 meses.

## Cadastro familiar e individual

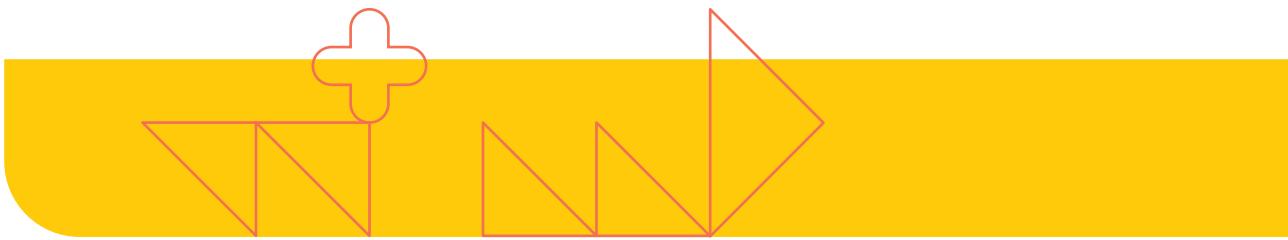
**A equipe realiza o cadastro das famílias e indivíduos da sua área de abrangência, mantendo-o atualizado** + verificação

1. Existe padrão para realização do cadastro.
2. O cadastro de famílias e indivíduos por microárea e área é registrado em ficha eletrônica de cadastro ou e-SUS.
3. O cadastro comprehende todos os domicílios habitados, com atualização no último ano.
4. O cadastro contempla o registro do CPF.
5. A periodicidade de análise dos cadastros é, pelo menos, trimestral.

## Identificação das subpopulações alvo com fatores de risco ou condições de saúde

**As subpopulações com condições crônicas estão identificadas por microáreas** + verificação

1. Existem instrumentos para identificação das subpopulações.
2. Existe periodicidade para identificação das subpopulações.
3. As subpopulações identificadas são analisadas conforme prevalência de condições de saúde.
4. A vigilância epidemiológica apoia-se nessa análise.
5. Possui registro.
6. As subpopulações estão sinalizadas no mapa inteligente.



## Estratificação da vulnerabilidade familiar

A equipe estratifica a vulnerabilidade das famílias cadastradas na área de abrangência e sinaliza no mapa inteligente verificação

1. Existe instrumento para estratificação da vulnerabilidade familiar.
2. Existe periodicidade para estratificação da vulnerabilidade familiar.
3. As famílias estão sinalizadas no mapa inteligente, conforme sua vulnerabilidade.

## Programação e monitoramento das subpopulações alvo com fatores de risco ou condições de saúde

A equipe realiza a programação do cuidado, a partir das necessidades das subpopulações alvo com condições de saúde identificadas e estratificadas por risco verificação

1. A equipe programa o cuidado a partir da necessidade da população, conforme a estratificação de risco, garantindo o acesso.
2. A equipe define o número de consultas, periodicidade, relação de exames e compartilhamento do cuidado.
3. Existe programação na agenda dos retornos e garantia de atendimento das demandas espontâneas.
4. A programação do cuidado das subpopulações alvo com fatores de risco ou condições de saúde são monitoradas periodicamente pelas equipes.
5. Possui registro.

## Agenda de atendimentos

A equipe elabora a agenda prevendo atividades assistenciais, educacionais e administrativas verificação

1. A equipe possui agenda com distribuição das atividades assistenciais, educacionais e administrativas.
2. É avaliada a capacidade operacional da equipe, conforme necessidade da população.
3. Possui plano de contingência para ausência dos profissionais.

O agendamento é realizado conforme a necessidade da população verificação

1. São oferecidas opções de dias e horários para o agendamento do usuário conforme sua disponibilidade e preferência, buscando otimizar sua vinda à unidade para o atendimento de todas as suas necessidades.
2. O agendamento ocorre no mesmo dia ou, no máximo, em 1 dia útil.
3. A equipe estabelece ação para quando o agendamento está superior a 1 dia útil.
4. As consultas são confirmadas com 72 horas de antecedência.

A equipe realiza a gestão da agenda verificação

1. São monitoradas as vagas oferecidas para consultas programadas e que não foram preenchidas (perda primária).
2. Existe registro dos faltosos (absenteísmo).
3. Realiza busca ativa.
4. Realiza estudos sobre o absentismo e a perda primária, definindo metas.
5. A equipe estabelece ações quando a perda primária e o absentismo ultrapassam as metas estabelecidas.

# MICROPROCESSOS BÁSICOS

## Farmácia

A equipe cumpre os procedimentos destinados ao armazenamento, dispensação e administração de medicamentos, conforme padronizado + verificação

1. Possui procedimentos padronizados para armazenamento, dispensação e administração de medicamentos.
2. Possui procedimentos padronizados para medicamentos controlados e de alta vigilância.
3. O procedimento para administração de medicamentos contempla a segurança na prescrição, uso e administração de medicamento (Meta 3).
4. A equipe conhece esses procedimentos.
5. Foi capacitada para sua execução.
6. É realizada a rastreabilidade de medicamentos dispensados ao usuário.
7. Realiza a intervenção farmacêutica.
8. É realizado o controle de validade de todos os medicamentos, inclusive os armazenados em estoques satélites, como o carro de emergência.
9. Possui planos de contingência.
10. A equipe conhece os planos de contingência.
11. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem nos processos da farmácia.
12. É realizada notificação de farmacovigilância.
13. São acompanhadas as notificações de farmacovigilância.

## Vacinação

A equipe cumpre os procedimentos para vacinação, com objetivo de garantir a segurança e a qualidade no cuidado ao usuário + verificação

1. Possui procedimento padronizado (POP) para administração dos imunobiológicos, conforme normas técnicas, contemplando as metas internacionais de segurança do paciente.
2. Possui procedimento padronizado para registro das informações relacionadas à aplicação dos imunobiológicos.
3. Possui procedimento padronizado para armazenamento dos imunobiológicos, inclusive os frascos abertos.
4. Realiza levantamento para busca ativa de usuários faltosos.
5. Realiza controle de estoque.
6. Gerencia a rede de frios.
7. Possui planos de contingência.
8. A equipe conhece os POP's e os planos de contingência.
9. A equipe está capacitada para aplicação dos POP's.
10. São monitorados os eventos adversos pós-vacinação.
11. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem no processo de vacinação na unidade.

## Procedimentos terapêuticos

A equipe cumpre os procedimentos, conforme a carteira de serviços da unidade, com objetivo de garantir a segurança e a qualidade no cuidado ao usuário + verificação

1. A carteira de serviços contempla procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde e município.
2. Existe local exclusivo para a realização dos procedimentos.
3. Possui procedimento padronizado (POP) para os procedimentos realizados na unidade, contemplando as metas internacionais de segurança do paciente.
4. A equipe conhece os POP's.
5. A equipe está capacitada para aplicação dos POP's.
6. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem, relacionados aos procedimentos que são realizados.

## Curativo

A equipe realiza curativos, conforme a carteira de serviços da unidade, com objetivo de garantir a segurança e a qualidade no cuidado ao usuário  verificação

1. A carteira de serviços contempla procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde e município.
2. Existe local exclusivo para a realização de curativos.
3. Possui procedimento padronizado (POP) para a realização de curativo, contemplando as metas internacionais de segurança do paciente.
4. A equipe conhece o POP.
5. A equipe está capacitada para aplicação do POP.
6. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem relacionados ao curativo.

## Coleta de exames

A equipe cumpre os procedimentos para coleta de exames, conforme a carteira de serviços da unidade, com objetivo de garantir a segurança e a qualidade no cuidado ao usuário  verificação

1. A carteira de serviços contempla procedimentos preconizados pelo Ministério da Saúde e município.
2. Existe local exclusivo para a realização de coleta de exames.
3. A coleta de exames ocorre diariamente, por livre demanda.
4. Possui procedimento padronizado (POP) para a realização de coleta de exames, contemplando as metas internacionais de segurança do paciente.
5. A equipe conhece os POP's.
6. A equipe está capacitada para aplicação do POP's.
7. Existe o monitoramento do número de solicitações por profissional prescritor e total de exames realizados (prevenção quaternária).
8. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem relacionados à coleta de exames.

## Higiene e limpeza

A equipe cumpre os procedimentos destinados a higiene e limpeza da unidade, para assegurar a desinfecção das áreas críticas, semicríticas e não críticas, promovendo um ambiente seguro para a prática assistencial  verificação

1. Possui padronização dos produtos para limpeza e higiene dos serviços de saúde nas áreas de atendimento ao usuário.
2. Possui protocolo de diluição de produtos e está disponível nos DML's.
3. Possui procedimentos para higienização conforme criticidade das áreas (não crítica, semicritica e crítica).
4. Possui procedimento definido para checagem diária das rotinas de limpeza (concorrente e terminal), especialmente nas unidades assistenciais.
5. Está disponibilizado as FIS PQs (Ficha de Informe de Segurança de Produtos Químicos) para a totalidade dos produtos químicos utilizados na unidade.
6. Possui plano de contingência.
7. A equipe conhece o plano de contingência.

## Gerenciamento de resíduos

A equipe cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos  verificação

1. Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS) atualizado.
2. A equipe conhece o PGRSS.
3. O PGRSS está disponível para toda a equipe.
4. Possui abrigo de lixo (comum, infectante e reciclado) fechado, com parede e piso laváveis, proteção contra vetores e local para higienização dos carrinhos.
5. O descarte está adequado, conforme o PGRSS.
6. A equipe monitora as falhas no processo de gerenciamento de resíduos.
7. Realiza ações de melhoria.

## Higienização e esterilização de materiais

**A equipe cumpre os procedimentos destinados a higienização e esterilização dos materiais processados na unidade, com objetivo de garantir a segurança e a qualidade no cuidado ao usuário** + verificação

1. Possui procedimentos padronizados para pré-limpeza, limpeza, preparo, desinfecção, descontaminação e esterilização dos materiais.
2. O fluxo é unidirecional (área suja/ expurgo) para área limpa/ sala de esterilização).
3. Possui procedimento para o armazenamento dos materiais processados.
4. É realizada a avaliação da eficácia da esterilização por meio de testes (físico, biológico e químico).
5. Possui procedimento definido para guarda e armazenamento dos controles de esterilização (biológico e químico).
6. É realizada a rastreabilidade dos materiais em circulação na unidade.
7. Todos os materiais são inventariados.
8. Todos os materiais possuem identificação com nome do material, lote, data de processamento, validade, nome e número do conselho do profissional.
9. Possui plano de contingência.
10. A equipe conhece o plano de contingência.
11. A equipe conhece todos os procedimentos padronizados.
12. A equipe foi capacitada.
13. São monitorados possíveis incidentes relacionados ao processo de higienização e esterilização de materiais.

## Recepção

**A equipe da recepção está capacitada e tem uma rotina estabelecida** + verificação

1. Possui procedimento padronizado (POP) para os processos realizados pela recepção, contemplando a identificação correta do paciente (Meta 1) e a comunicação entre profissionais de saúde (Meta 2).
2. A equipe conhece os POP's.
3. São monitorados os possíveis incidentes que ocorrem relacionados à recepção.

**Os prontuários individuais e/ou familiares estão organizados adequadamente** + verificação

1. Há prontuário eletrônico.
2. A equipe está treinada para utilização do sistema de prontuário eletrônico.
3. Há POP para atualização cadastral.
4. A equipe da recepção atualiza os dados a cada nova consulta e/ou procedimento.
5. A equipe realiza pré-cadastro quando não existe o cadastro da pessoa usuária.
6. A equipe notifica quando há inconsistência no sistema.
7. A equipe controla a boa prática a partir de indicadores de qualidade.
8. A equipe mantém o sigilo das informações, considerando a Lei Geral de Proteção dos Dados.

## Fluxos de atendimento

**Os fluxos internos da unidade estão definidos para os diversos tipos de demanda, pactuados pela equipe e são de conhecimento da população** + verificação

1. Possui os fluxos internos definidos, contemplando as metas internacionais de segurança do paciente.
2. A equipe conhece os fluxos.
3. A equipe está capacitada para execução dos fluxos.
4. A equipe divulga/orienta os fluxos para a população.
5. A equipe monitora tempo de espera para chamado para atendimento.
6. A equipe monitora tempo de permanência das pessoas usuárias no serviço.

## 2.2 Ambiência

A primeira impressão do usuário com o serviço tem muito a haver com a ambiência da UBS. Ter ambientes que promovam a acessibilidade como rampas, cadeiras de rodas adequadas, banheiros com portas amplas e com barras de apoio auxiliam a atenção à saúde de pessoas idosas ou com deficiências. Além disso a diminuição do estresse tanto da equipe quanto do usuário pode ser alavancada com um ambiente claro, iluminado, limpo e sem poluição visual, reduzindo cartazes, papéis informativos e outros. As informações aos usuários devem procurar aumentar o acesso e não criar barreiras para consultas ou procedimentos (por exemplo: não haverá consulta ou médico em tal período, horários restritivos para procedimentos etc.).

Algumas ações implicam em recursos financeiros e devem fazer parte do plano de ação com a gestão, com medidas a serem executadas a curto, médio e longo prazo, mas é importante salientar que grande parte da melhoria dos processos estão na governança das equipes.

## 2.3 Território<sup>2</sup>

A forma de viver e de trabalhar da população tem a ver com fatores que podem favorecer ou comprometer o processo de saúde/doença, o que é entendido por *Determinantes Sociais de Saúde* (DSS). A condição de saúde de uma população abrange tanto questões agudas quanto crônicas, formando um perfil de morbidade e mortalidade. A organização das redes de atenção à saúde, particularmente a Atenção Primária à Saúde (APS), deve considerar esses DSS e o perfil epidemiológico da população.

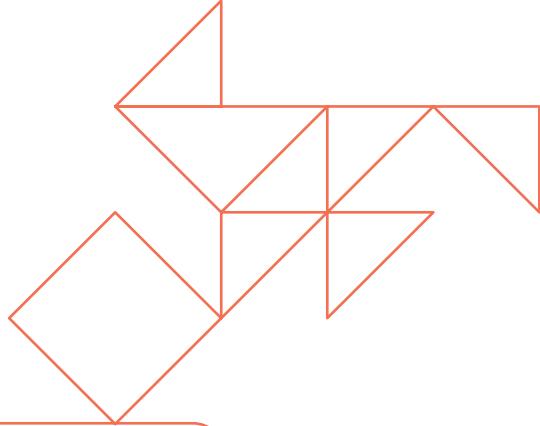
Adotar uma abordagem territorial é fundamental na organização dos processos de trabalho na Atenção Primária. Muitas vezes, o conceito de espaço é reduzido a uma dimensão meramente administrativa, limitando-se à gestão física dos serviços de saúde. No entanto, o espaço deve ser compreendido em sua totalidade, incluindo aspectos ambientais, demográficos, epidemiológicos, administrativos, tecnológicos, políticos, sociais e culturais. Esse entendimento mais amplo permite identificar problemas de saúde e desenvolver propostas de intervenção mais eficazes, considerando o território como um espaço dinâmico em constante transformação.

O tripé – Determinantes Sociais da Saúde, Situação de Saúde-Doença e Rede de Atenção em Saúde/APS – constitui a base para se compreender a problemática de saúde de um determinado território.

Nesta perspectiva, Mendes (1993) apresenta o conceito de território processo, diferenciando-o do território solo:



Além de discutir sobre território, outro conceito importante é o da territorialização. Claro, aqui está o texto reescrito com uma abordagem de especialista em saúde pública:



A territorialização é um processo que envolve a imersão e a vivência no território, utilizando técnicas e métodos para coletar e analisar informações sobre as condições de vida e saúde das populações. Trata-se de uma abordagem que permite compreender os contextos em que o território é utilizado, abrangendo todas as dimensões das atividades humanas, incluindo aspectos econômicos, sociais, culturais e políticos. Assim, o território se torna uma categoria essencial para a análise social, oferecendo uma perspectiva abrangente sobre as dinâmicas que influenciam a saúde e o bem-estar das comunidades (Gondim; Monken, 2005; Verbetes; Souza, 2004).

## 2.4 Cadastro

Um dos primeiros macroprocessos básicos trabalhados na Oficina tutorial I - Ciclo I, foi o cadastro individual e familiar. Na oficina tutorial III, Guia III, propõem-se uma revisita a esse macroprocesso, no sentido de discutir com os profissionais de saúde sobre sua importância, como base do alicerce da "casa da APS", uma vez que se constitui em uma ferramenta fundamental na Estratégia de Saúde da Família (ESF). É a partir dele, que se define a população, que organizada socialmente em famílias, se vinculam a cada equipe de saúde da família. Portanto, somente com um cadastro de qualidade será possível romper com um dos problemas centrais do SUS, que é a gestão da oferta e se instituir, verdadeiramente, a gestão de base populacional (MENDES, 2012).

Como é de conhecimento dos profissionais, o cadastro individual e familiar é realizado, por etapas, a preparatória, a de execução e a fase de utilização do cadastro. Nas regiões que desenvolvem o Projeto PAS/BP, essas etapas já foram implementadas. Contudo, como se trata de um processo dinâmico, é preciso que seja contínuo, atualizado frequentemente, dada as mudanças que ocorrem nos territórios e nas famílias e é por essa razão que precisa ser visto frequentemente.

Portanto, é fundamental estabelecer uma rotina para a atualização contínua do cadastro familiar, incentivando sua realização pelo menos uma vez ao ano e sempre que ocorrerem mudanças significativas na composição familiar. É essencial garantir que essas atualizações sejam registradas devidamente no sistema eletrônico - eSUS.

Contudo, a atualização do cadastro muitas vezes se torna um ponto crítico nos municípios, devido às dificuldades frequentes no processamento rotineiro dos registros.

Além disso, é necessário reunir as equipes para discutir os resultados e descobertas mais relevantes durante o processo de atualização do cadastro, bem como resolver quaisquer inconsistências encontradas na base de dados.

A partir das informações coletadas no cadastro e de outros dados das famílias, é possível realizar a estratificação de risco sociossanitário, sendo este um tema central de discussão nesta tutoria.

A Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024 que institui nova metodologia para o financiamento federal do Piso da Atenção Primária à Saúde estabelece na Seção II: o componente de vínculo e acompanhamento territorial para as equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária” (NR), (BRASIL, 2024).

“Art. 10. O componente de vínculo e acompanhamento territorial visa a estimular a qualificação do cadastro, a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população.

Parágrafo único. É vedada a restrição de atendimento a qualquer pessoa nas Unidades Básicas de Saúde da APS no SUS por ausência de cadastro prévio nas equipes.” (NR)

“Art. 10-A. Para o cálculo do componente de vínculo e acompanhamento territorial será considerada a população vinculada à eSF ou eAP, observados os seguintes critérios:

I - características de vulnerabilidade socioeconômica que contemplam pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família - PBF ou do Benefício de Prestação Continuada - BPC;

II - características demográficas que contemplam pessoas com idade até cinco anos e com sessenta anos ou mais;

III - qualificação das informações cadastrais, caracterizada pela completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB da população;

IV - população atendida ou acompanhada pelas eSF, eAP, eSB e eMulti; e

V - satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti”.

## 2.5 Estratificação de risco familiar

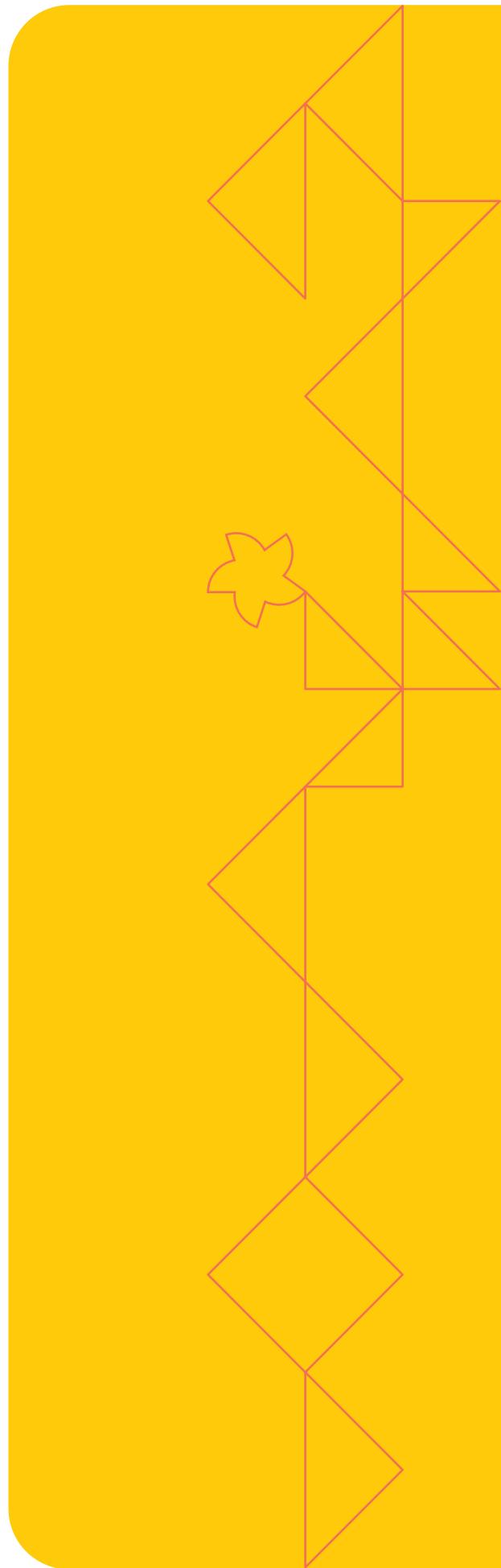
Um dos principais macroprocessos que serão abordados na Oficina Tutorial III é a estratificação de risco familiar. Este processo não apenas amplia a perspectiva dos profissionais de saúde, mas também oferece suporte para resolver problemas identificados no cuidado à família e aos usuários. Além disso, colabora na identificação de vulnerabilidades e possibilita o acompanhamento das famílias com maiores necessidades. Trata-se de um processo dinâmico que visa estabelecer prioridades tanto na atenção domiciliar quanto na assistência à população sob responsabilidade da unidade de saúde.

Essa estratificação deriva da teoria dos fatores de riscos e dos fatores protetores. De tal modo, os profissionais de saúde precisam conhecer a população de responsabilização da sua área de abrangência e identificar os fatores de riscos e de proteção nela existentes. O cadastro é um instrumento fundamental para o conhecimento das famílias em um determinado território. É um processo dinâmico que precisa ser constantemente atualizado.

Os fatores de risco são condições ou características biológicas, psicológicas ou sociais que estão estatisticamente associados a um aumento nas probabilidades futuras de mortalidade ou morbidade. Em contraste, os fatores protetores referem-se a influências que podem modificar, mitigar ou melhorar as respostas das pessoas a esses riscos, promovendo resultados mais adaptativos e saudáveis.

As famílias que exercitam estilos de vida e formas de relacionamentos saudáveis possuem fatores protetores. As condutas de risco são ações ativas ou passivas que acarretam consequências negativas para a saúde ou comprometem aspectos de seu desenvolvimento.

É importante, pois, no diagnóstico da população adscrita à Estratégia de Saúde da Família (ESF) identificar aquelas em que predominam os fatores de riscos e existem poucos fatores protetores. Esses fatores não têm um valor em si quando vistos separadamente porque o importante é que a relação entre os distintos fatores, é o que determina como as pessoas e as famílias vão reagir frente a uma situação determinada. Portanto, é importante conhecer o conjunto de fatores envolvidos numa situação de risco e como interagem entre si.



O quadro 2 apresenta resumidamente esses fatores.

FATORES	RISCOS	PROTETORES
Pessoais	Desnutrição, gravidez precoce, depressão, desemprego, baixa autoestima, atividade sexual precoce e tendências a evitar os problemas ou ao fatalismo.	Autoestima, autoeficácia, empatia, capacidade intelectual, capacidade de planejamento e de resolução de problemas.
Familiares	Família uniparental, separação dos pais, abuso sexual, gravidez precoce, negligência dos pais, baixa renda, filhos com deficiências, doença terminal, ausência de planejamento familiar.	Ambiente cálido, coesão familiar, estrutura sem disfuncionalidade importante, adaptabilidade e flexibilidade, relação estável com pai ou mãe e pais estimuladores.
Sociais	Ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e ausência de redes institucionais	Apoio social, redes institucionais, clima educacional ou laboral positivo e modelos sociais

Quadro 2 - Fatores de riscos e protetores nas pessoas e nas famílias.

## 2.5.1 Estratificação de risco familiar - A Escala de Coelho e Savassi

A Escala de Risco Familiar, validada e utilizada com maior frequência no Brasil, para a estratificação de risco familiar, é a de Coelho-Savassi. Essa escala foi desenvolvida, inicialmente no município de Contagem, Minas Gerais, por Leonardo Savassi e Flávio Coelho, médicos de Família e Comunidade, com publicação em 2012. Trata-se de um instrumento, baseado na ficha A do SIAB, que utiliza sentinelas de risco avaliadas na visita domiciliar (VD), além de considerar também outros elementos disponíveis, na rotina das equipes de saúde da família, especialmente, do Agente Comunitário de Saúde (ACS), (SAVASSI et al 2012).

Importante registrar que também existe

uma escala, desenvolvida pela SBIAE, no Projeto PlanificaSUS/PROADI, validada para mensuração da vulnerabilidade familiar, composta por 14 itens, de acordo com quatro dimensões: renda, cuidados de saúde, família e violência, (SBIAE, 2023). Considerando que a Escala de Coelho e Savassi ainda é a mais frequentemente utilizada no Brasil, e que vem sendo utilizada pelo Projeto CONASS/UMANE/OPAS, foi realizada a opção de utilizá-la como referência no Projeto PAS/PROADI/BP.

A escala de Coelho e Savassi surgiu da necessidade da organização do trabalho e garantia da equidade nos atendimentos da equipe de saúde da família. As sentinelas de risco, contidas na escala, configuram-se como informações fundamentais para o aprimoramento da agenda de visitas domiciliares desses profissionais, por meio da priorização das famílias e da gestão do cuidado das condições de saúde avaliadas.

É uma escala aplicada às famílias adscritas a uma equipe de saúde da família, para determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar. Nas equipes em que vem sendo aplicada, mostrou-se útil na reorganização da demanda e promoveu uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco das famílias avaliadas, impactando de forma positiva no trabalho desenvolvido em equipe.

A estratificação de riscos familiares tem como objetivo identificar os fatores de risco presentes nas famílias e fazer a estratificação dessas famílias em: **risco menor, risco médio e alto risco.** Os critérios de risco determinam as prioridades no atendimento às famílias, permitindo que aquelas com maior grau de vulnerabilidade recebam atenção diferenciada e prioritária.

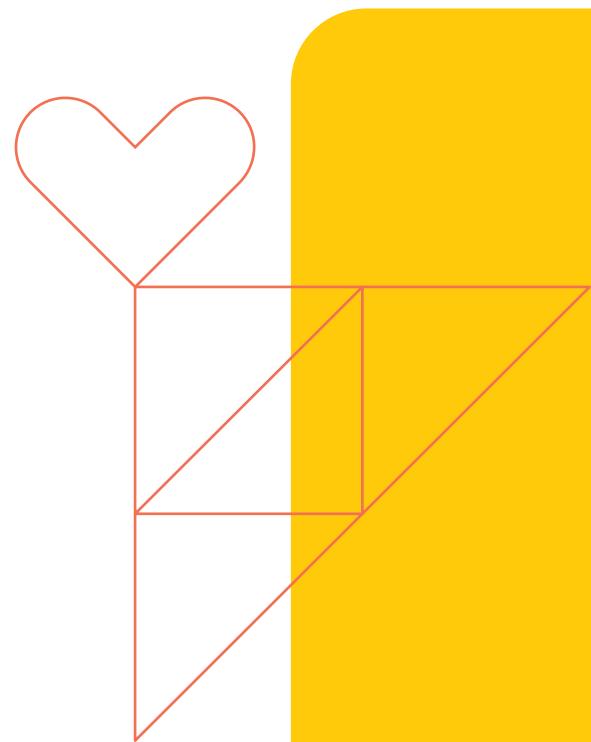
A Escala é ainda uma ferramenta útil para o planejamento de ações na equipe, para a percepção da interrelação entre os fatores de risco, e como instrumento de apoio a intervenções no território. Além disso, ela confirma, em níveis local e microrregional, os dados do Índice de Vulnerabilidade à Saúde. Essas observações revelam um considerável potencial para sua aplicação prática e ressaltam a necessidade de sistematização e padronização do índice, assim como a expansão de seu uso para promover uma análise mais eficaz das condições de saúde. Convém destacar que com a informatização da Atenção Básica, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi substituído pelo eSUS-AB e os dados migraram para as Fichas de Cadastro Individual, Cadastro Territorial e Domiciliar. Dessa forma, para o preenchimento dessas fichas são utilizados dados informados

pelo responsável da família e, por ser autorreferido, necessita da compreensão do mesmo em relação a relevância da informação, podendo sofrer várias interferências (CONASS/UMANE, 2024).

A atenção às famílias em situações de risco tem um percurso dinâmico em contínua transformação, constituído por tentativas, erros e aprendizagens, no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelos sujeitos acompanhados.

A estratificação de riscos das famílias deve ser confrontada com os riscos biopsicológicos e com a capacidade de autocuidado, para definir a programação final das intervenções relativas a cada pessoa usuária.

A família deve ser o primeiro sujeito do cuidado com a saúde dos seus integrantes e, para isso, precisa aprender a identificar todos os fatores que a colocam em risco e a como reagir diante destas situações. Portanto, esta atividade de estratificação por grau de risco deve cumprir também este objetivo educativo para a família, além de levantar os dados para o planejamento das intervenções.



Para operacionalizar a escala de estratificação de risco familiar deve-se considerar as seguintes etapas:

### **Etapa 1: Apropriação da Escala de Estratificação de risco familiar de Coelho- Savassi pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.**

<b>Sentinelas de Risco</b>	<b>Definição</b>	<b>Escore de Risco</b>
Acamado*	Toda pessoa restrita ao seu domicílio, por falta de habilidade e/ou incapacidade de locomoção por si só a qualquer unidade de saúde.	3
Deficiência física**	Condição física de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Deficiência mental	Condição mental de longa duração ou permanente que dificulta ou impede a realização de determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer.	3
Baixas condições socioeconômicas	Saneamento implica no controle dos fatores do meio físico do homem que podem exercer efeitos prejudiciais à sua saúde. A partir da ficha A do SIAB é pontuada pela presença de ao menos um dos seguintes itens: lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto.	3
Desnutrição grave	Percentil de peso para menores de sete anos de idade menor que 0,1 e peso muito baixo para a idade (peso muito baixo para a idade) proposto pelo SISVAN.	3
Drogadição	Utilização compulsiva de drogas lícitas ou ilícitas que apresentem potencial para causar dependência química (álcool, tabaco, benzodiazepínicos, barbitúricos, e drogas ilícitas).	2
Desemprego	Situação na qual a pessoa não esteja exercendo nenhuma ocupação (não incluir na avaliação férias, licenças ou afastamentos temporários). A realização de tarefas domésticas é considerada ocupação (trabalho doméstico), mesmo que não seja remunerado.	2
Analfabetismo	Pessoa que, a partir da idade escolar, não sabe ler nem escrever no mínimo um bilhete, e/ou que sabe apenas assinar o nome.	1
Menores de 06 meses	Lactente com idade até cinco meses e 29 dias.	1
Maiores de 70 anos	Toda pessoa com 70 anos ou mais.	1
Hipertensão arterial Sistêmica (HAS)***	Pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não usam medicação anti-hipertensiva	1
Diabetes Mellitus (DM)	Grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos.	1
Relação Morador / Comodo	Número de moradores do domicílio dividido pelo número de cômodos na residência. São considerados cômodos todos os compartimentos integrantes do domicílio, inclusive banheiro e cozinha, separados por paredes, e os existentes na parte externa do prédio, desde que constituam parte integrante do domicílio, com exceção de corredores, alpendres, varandas abertas, garagens, depósitos.	Se maior que 1 = 3 Se igual a 1 = 2 Se menor que 1 = 0

Quadro 3 - Escala de Coelho e Savassi.

\* Serão computados como condição para sentinelas de risco, os acamados e domiciliados. Usuários domiciliados são considerados indivíduos com diferentes graus de incapacidade temporárias ou definitivas que os impossibilitam, não somente de irem à unidade básica de saúde, como também de realizar atividades cotidianas básicas. Enquanto os usuários acamados são aqueles indivíduos que estão restritos ao leito e requerem alguns cuidados especiais (MS/SAD).

\*\* Conceito atual de pessoa com deficiência física ou mental – pessoa com impedimento de longo prazo de natureza física ou mental, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Portaria GM/MS nº 1.526/2023).

\*\*\*Para fins de pontuação pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus terão o escore de risco computados mesmo que o quadro esteja estabilizado (CONASS/UMANE, 2024).

Um aspecto importante a ser considerado nessa Escala, são as nomenclaturas e conceitos, empregados na época da publicação, e que não são mais utilizados, ou mesmo considerados atualmente inadequados. Como não é possível modificá-los no documento original, os profissionais poderão considerar os termos usados na atualidade e que estão como nota, após a apresentação da escala (CONASS/UMANE, 2024).

### **Etapa 2: Identificação dos fatores/sentinelas de risco por pessoa no domicílio durante as visitas dos ACSs nas microáreas**

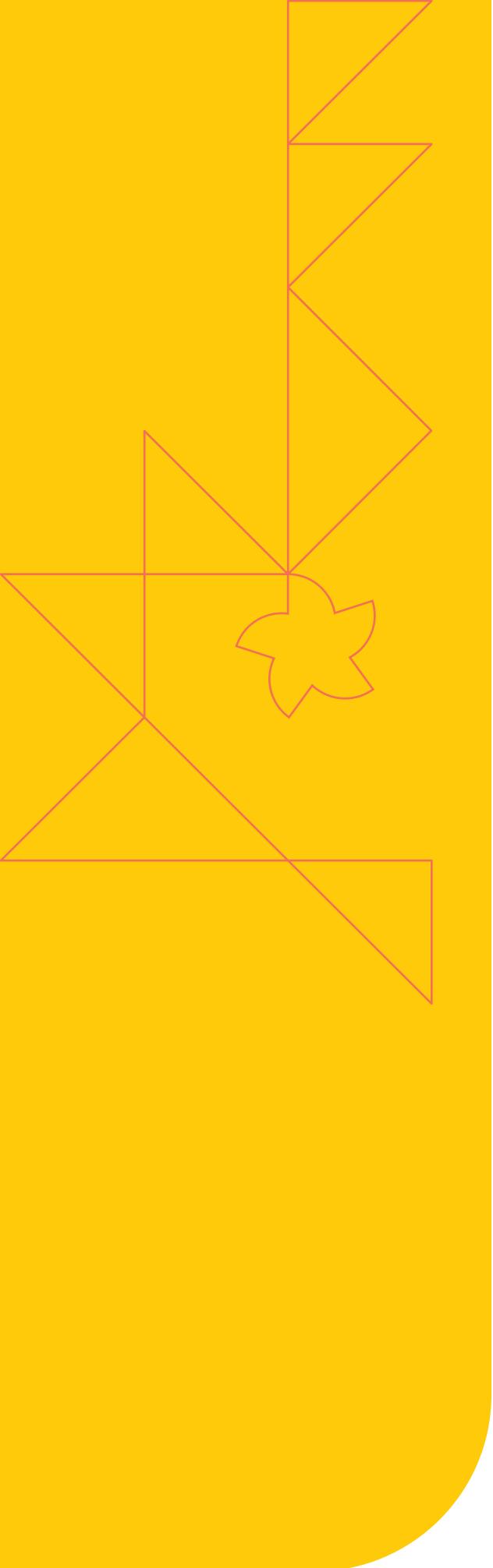
As equipes precisam estar atentas para situações peculiares que modificam a leitura dos fatores de risco apresentados, pois uma vez detectada áreas com alta prevalência para certas variáveis, como a baixa condição de saneamento, recomenda-se que ela seja desconsiderada para fins de pontuação de risco, passando a ser classificada como área de risco para aquela sentinela, nos casos de microáreas rurais e de baixa urbanização (SAVASSI et al., 2012).

### **Etapa 3: Pontuação das sentinelas de risco**

Após coletadas as informações na visita domiciliar, os ACSs devem contabilizar as pontuações para cada sentinela e chegar ao resultado do risco familiar por grupo de pontuação obtida: **baixo risco, médio risco e alto risco**. Como observação, as sentinelas de risco são cumulativas por pessoa, por exemplo, se a família possui dois ou mais hipertensos, o escore de risco será contabilizado duas vezes.

ESCORE TOTAL	RISCO FAMILIAR
5 a 6	R1 - Risco menor
7 a 8	R2 - Risco Médio
Acima de 9	R3 - Risco Máximo

Quadro 4 - Cálculo de risco familiar



É importante ressaltar que a dinâmica familiar é constante em relação à expressão das sentinelas de risco apresentadas, e por isso é fundamental que as equipes procurem revisá-las periodicamente – ou a cada modificação percebida pelo ACS no território para reavaliação do risco familiar, inclusive incentivando a inclusão dessas informações no prontuário da família. Dessa forma, sua atualização deverá ser anual ou sempre que houver, como referido, uma mudança significativa da situação familiar. A inserção do risco familiar no prontuário da família mostrou ser uma informação importante e significativa no trabalho diário da equipe. Após a estratificação do risco familiar, a família deverá ser orientada a respeito da sua situação e sobre os cuidados a serem realizados com registros dos dados.

Um plano de cuidado familiar deve ser elaborado para as famílias de maior vulnerabilidade, na construção desse plano, participa toda a equipe de saúde do território, onde essa família está inserida. Para condução do plano de cuidado, escolhe-se um gestor do caso, ou seja, um profissional que dará uma atenção direcionada a aquela família, fazendo a coordenação do cuidado. Esse gestor tem o papel de exercitar a advocacia do usuário, de sua família, e de sua rede de suporte social.

A seguir está apresentado uma sugestão de um plano de cuidado familiar.

## PLANO DE CUIDADO FAMILIAR

### **IDENTIFICAÇÃO**

Nome do responsável: \_\_\_\_\_ NIS \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Prontuário \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Equipe \_\_\_\_\_

ACS \_\_\_\_\_ Gestor do caso \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO FAMILIAR

### **FATORES RISCOS**

Identificados pela equipe:

---

Identificados pela família:

---

Estratificação de Risco Familiar: \_\_\_\_\_

### **FATORES PROTETORES**

Identificados pela equipe:

---

Identificados pela família:

---

## CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO DA FAMÍLIA

Ausente ( )

Regular ( )

Média ( )

Boa ( )

Ótimo ( )

Ações	Integrante beneficiado	Responsável pela ação	Prazo

Metas de melhoria: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Responsável pela elaboração: \_\_\_\_\_

## 2.6 - Estratificação de risco populacional e identificação das subpopulações alvo por fator ou condição crônica

O macroprocesso cadastro familiar propicia o conhecimento da população de um determinado território, a estratificação de risco familiar, o conhecimento das famílias estratificada por risco, o macroprocesso relativo à estratificação de risco e identificação das subpopulações alvo por fator ou condição de risco, o conhecimento da população subdividida em subpopulações com fatores de risco, ou condições de saúde estratificada.

A análise da situação de saúde de um território, permite a identificação de algumas condições de saúde prioritárias: gestação, ciclo de vida da criança menor de cinco anos, pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças bucais, pessoas idosas, tuberculose, hanseníase e outras condições identificadas como prioritárias pelos municípios.

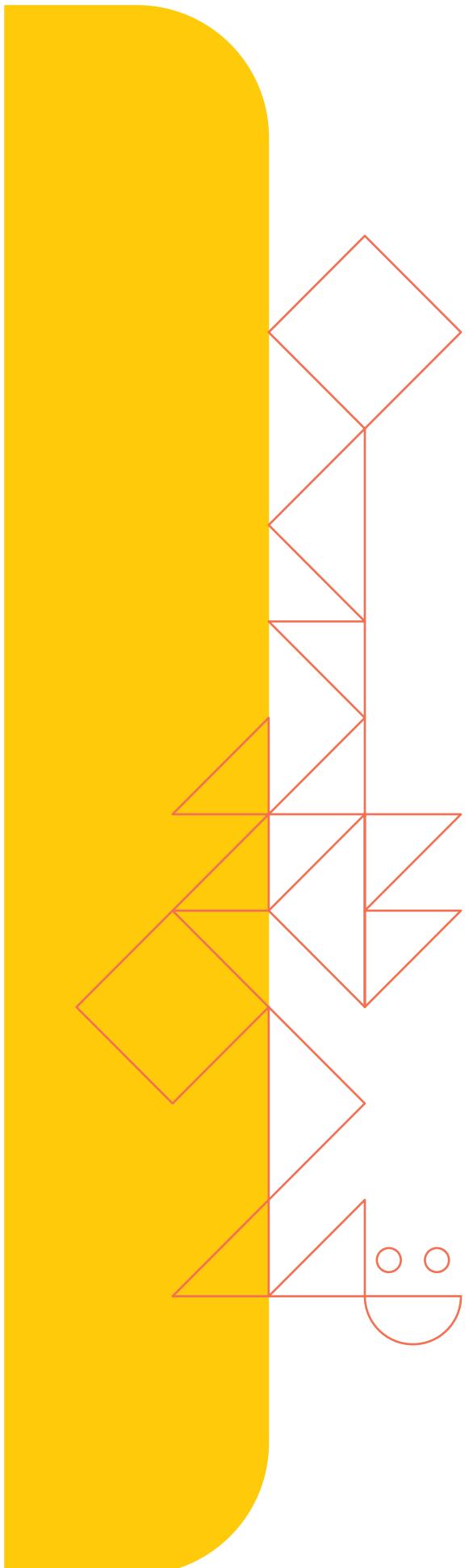
Existem parâmetros epidemiológicos ou cadastrais que possibilitam o desenvolvimento estimado do público-alvo, entretanto, a análise epidemiológica não esgota o seu conhecimento. É importante o componente assistencial de acompanhamento da população. Portanto, deve também ser avaliada a cobertura de atendimento da população, vinculação, a responsabilidade da equipe com a população adscrita. Recomenda-se que as subpopulações sejam registradas e o seu acompanhamento monitorado.

Todos os atendimentos, sejam individuais ou coletivos, e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico do usuário, por todos os profissionais responsáveis. Preferencialmente, a unidade deve dispor de um sistema de registro eletrônico, configurado em suas funcionalidades de acordo com a lógica do modelo de atenção e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população.

O registro coletivo apresenta-se como uma ferramenta de gestão, para coletar dados sobre a saúde de um grupo populacional, com condição de saúde específica, atendidos por uma equipe ao longo de um período. É elaborado a partir de dois eixos: uma lista de pessoas com determinada condição crônica e um conjunto de informações relacionadas a cadastro, estratificação de risco, processos de cuidado, marcadores clínicos e resultados de impacto.

As informações coletadas permitem o monitoramento das ações de cuidado, gerando lembretes e *feedbacks* para as equipes e os usuários, e alimentam o painel de indicadores necessário para a gestão de uma determinada condição de saúde.

A gestão da condição de saúde, seja por uma equipe, seja pela governança da RAS, deve dispor de um painel de indicadores que possibilitem o monitoramento dos processos de cuidado e a avaliação dos resultados na saúde das pessoas usuárias.



O registro clínico por exemplo, do ciclo gravídico puerperal, deve incluir os dados mínimos de acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, como a idade gestacional de captação, número de consultas e exames realizados, podendo ampliar essa lista para todos os marcadores incluídos na matriz de mapeamento do processo do pré-natal e puerpério e ainda para um terceiro conjunto de marcadores clínicos e desfecho.

Na leitura dos indicadores podem ser aplicados filtros por faixa etária, território de residência, estrato de risco, fator de risco e outros critérios que ajudem na gestão da condição de saúde da população do território. Outro ponto importante e muitas vezes não considerado, é que após o conhecimento das subpopulações alvo com condições crônicas, é preciso que as equipes realizem a programação do cuidado, tomando como referência as necessidades encontradas.

Na escolha dos indicadores é necessário definir o objetivo do mesmo e de que forma ele vai contribuir para o acompanhamento e monitoramento da condição de saúde. Os indicadores eleitos para acompanhamento vão depender da linha de cuidado escolhida prioritariamente pela região de saúde, sendo depois estendida, a partir de implantação de outras linhas de cuidado, assim, o painel de indicadores vai variar conforme as escolhas realizadas.

Para a elaboração do registro coletivo estão sendo novamente disponibilizadas as planilhas para alimentação das informações. Considerando que se encontram em Excel, serão viabilizadas em arquivo à parte do Guia Orientador III. As planilhas estão a seguir elencadas:

Considerando que as planilhas dos registros coletivos se encontram em Planilha Excel, não estão colocadas como anexos do Guia III, contudo, encontram-se disponibilizadas através dos links abaixo e QR Codes:

### Acompanhamento do percurso do cuidado da criança na APS e AAE

Base pacientes		Reg. Colet. Criança AAE						
		ACOMPANHAMENTO DO PERCURSO DO CUIDADO DA PESSOA USUÁRIA NA AAE				Ambulatório de Atenção Especializada :		
NÚMERO ORDEM	CPF (Somente números)	NOME	PRONTUÁRIO	DATA NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR	NOME DA MÃE	RES PEL
1								
2								
3								
4								
5								
6								
-								



[bit.ly/46ylZnm](http://bit.ly/46ylZnm)

### Acompanhamento do percurso do cuidado da gestante e puérpera na APS e AAE

Registro pac.		Gestante - Reg. Colet. APS						
		Acompanhamento do percurso do cuidado da pessoa usuária na APS				Unidade de saúde:		
NÚMERO ORDEM	CPF (Somente números)	NOME	PRONTUÁRIO	DATA NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR	NOME DA MÃE	RES PEL
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
-								



[bit.ly/3Yy24Ec](http://bit.ly/3Yy24Ec)

### Acompanhamento do percurso do cuidado da pessoa usuária com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na APS e AAE

Base pacientes		Registro Coletivo						
		ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA				Regi		
		Acompanhamento do percurso do cuidado da pessoa usuária com DM/HAS				Ambulatório de Atenção E		
NUMERO ORDEM	CPF (Somente números)	NOME/NOME SOCIAL	PRONTUÁRIO	DATA NASCIMENTO	SEXO	RAÇA/COR	NOME DA MÃE	RES PEL
1								
2								
3								
4								
5								
-								



[bit.ly/3ysZPYg](http://bit.ly/3ysZPYg)

## 3. Operacionalização do projeto

A tutoria III contempla macroprocessos básicos já trabalhados, outros ainda não, todavia como já mencionado, para fazer a construção da “casa da APS”, precisa-se solidificar o alicerce. Uma das prioridades para essa tutoria é a aplicação dos *checklists* (APS e AAE). A aplicação desses instrumentos de avaliação vai permitir conhecer como estão sendo operacionalizados os processos, resgatar macros e microprocessos já trabalhados, e, caso sejam identificadas oportunidades de melhoria, retorna-se novamente para proceder discussão e busca de estratégias para a implementação. Para esse ciclo, considerando-se o período de três anos, será utilizado o checklist do HBIAE, havendo a necessidade de alinhamentos sobre sua aplicação, com recomendação que os profissionais que vão aplicá-lo sejam capacitados para tal. Importante que seja colocado o “status” em que se encontra o micro e macroprocesso básico: não iniciado, insatisfatório, regular, satisfatório, muito satisfatório.

De tal modo, o produto para essa tutoria é muito diversificado, além da aplicação do *checklist*, está sendo proposto uma revisita aos macroprocessos do cadastro individual e familiar, a estratificação de risco populacional e identificação das subpopulações alvo por fator

de risco— registro coletivo e a implantação/ atualização da estratificação de risco familiar, esse macroprocesso ainda não discutido em alguns territórios. Nos que já foram trabalhados, como se trata de um macroprocesso contínuo, existe a necessidade que seja continuamente atualizado, além disso, deve ser estimulado a elaboração de planos de cuidados para os indivíduos/famílias identificadas com maiores vulnerabilidade.

Quando for realizada a estratificação de risco familiar, também é uma oportunidade para identificar pessoas residentes nas microáreas, com condições crônicas ou fatores de risco, transcrever os dados para a matriz de “registro coletivo” e verificar a situação atual relacionada ao cadastro e acompanhamento longitudinal. Observa-se que os processos se entrelaçam e se complementam.

Recomenda-se também que seja realizado um mapeamento dos Procedimentos Operacional Padrão (POP) implantados, que ainda precisam ser elaborados e aqueles que necessitam de atualização. Serão disponibilizados pops, contudo, deve-se estimular os municípios a customizá-los, uma vez que precisam estar em consonância com as realidades locais.

Outro aspecto importante a considerar é que, entre as tutorias realizadas, os municípios/regiones, podem ainda não ter realizado o curso de curta duração para a capacitação dos profissionais em classificação de risco dos eventos agudos, proposto na tutoria I, dessa forma, recomenda-se que sejam discutidas, nos territórios, estratégias operacionais para que esse curso aconteça, a fim de que, esse macroprocesso, seja de fato, implantado. Importante que os gestores compreendam que com a implantação da classificação de risco nas unidades de saúde vai proporcionar mais segurança no cuidado, tanto para os usuários, como para os profissionais.

Como a organização dos macroprocessos da APS e da AAE, proposto na PAS, tem como base o Modelo de Melhoria, que propõe o desenvolvimento de ciclos interativos de aprendizagem, baseados no PDSA, os macroprocessos encontram-se sempre avaliados, e a cada tutoria, quando o ciclo de PDSA é rodado, gera espaços de oportunidade para a melhoria dos processos.

Utilizando a mesma estrutura dos guias anteriores, neste guia, os momentos operacionais foram estruturados em pré-tutoria, tutoria e pós-tutoria. Reforça-se que esses momentos sejam pactuados e aprovados junto às Secretarias de Estado Saúde de cada UF, pois são elas as condutoras da PAS.

Mais uma vez se evidencia que os guias devem ser customizados a partir das singularidades de cada realidade local, configurando-se como um direcionador para o desenvolvimento das atividades tutoriais.

## Pré-tutorias

Essa etapa é fundamental para que seja realizado o planejamento das atividades tutoriais, detalhando todo o percurso para discussão dos macroprocessos eleitos para implantação/implementação. As atividades de planejamento devem ser realizadas pelo consultor, conjuntamente com o facilitador, com a participação do tutor estadual que representa a Secretaria de Estado da Saúde (SES), condutora da Planificação. O assessor técnico dará suporte ao seu desenvolvimento.

Nessa etapa, é salutar que os consultores e facilitadores se debrucem na temática que será abordada, fazendo alinhamento técnico-conceitual e metodológico do conteúdo do guia orientador, adaptando-o para cada uma das realidades locais. Outras referências bibliográficas devem ser consultadas para o aprofundamento do conteúdo conceitual.

A programação da pré-tutoria e tutoria é elaborada e compartilhada com a SES para sugestões e adequações necessárias. Uma estratégia potente a ser utilizada na pré-tutoria é a apresentação e discussão da temática, com os tutores estaduais e municipais, o que já proporciona a aproximação do conteúdo que será trabalhado na oficina tutorial presencial.

A pré tutoria é realizada de forma virtual, interativa, dinâmica e participativa. Todo material a ser utilizado na tutoria é disponibilizado para leitura e apropriação da temática.

O cronograma de todas as etapas do processo tutorial deve ser elaborado, especialmente das intertutorias, consensual e partilhado. Na sua elaboração deve-se ter atenção quanto aos feriados locais e eventos realizados pela secretaria, para não haver concorrência de atividades no território.

Na elaboração do cronograma, as unidades laboratório dos municípios precisa ser visitadas, nas regiões que possuem muitos municípios, estratégias devem ser buscadas para que os processos possam ser acompanhados "in loco" e discutidos em tempo real. Outro aspecto a ser priorizado é a expansão da planificação em todas as unidades do município, somente dessa forma pode-se ter visibilidade do impacto do projeto na organização da atenção à saúde.

É relevante afirmar que as atividades realizadas na APS devem estar integradas com as desenvolvidas na AAE, pois trata-se de um mesmo microssistema clínico que oferta cuidados de saúde, favorecendo uma atenção de saúde qualificada. A integração das atividades, desses dois pontos de atenção é fundamental, sendo ideal, em locais que possuem unidade hospitalar a busca de integração também com esses serviços.

Para o planejamento das atividades pré-tutoriais, o plano de ação atualizado na tutoria anterior precisa ser resgatado para que o planejamento das atividades esteja em consonância com o que foi pactuado.

Por meio do plano de ação pode-se analisar os processos trabalhados, as ações pactuadas, se existem pendências na implantação dos macroprocessos e avaliação das responsabilidades das ações a serem desenvolvidas no momento pré tutorial e tutorial.

## Tutoria

No desenvolvimento das oficinas tutoriais, mais uma vez recomenda-se que as oficinas necessitam que sejam personalizadas para a região de saúde, considerando as singularidades de cada uma delas, mantendo, entretanto, a essência do conteúdo proposto. Para o primeiro momento da tutoria, sugere-se sempre uma reunião de gestão, cada local tem uma configuração diferente e estratégias devem ser trabalhadas para essas realidades. Mesmo em uma mesma região, a cada tutoria, pode haver variabilidade na organização da oficina, isso pode acontecer em razão de mudanças de cenário nos municípios que compõem a região.

Esse momento, necessita ser integral e ampliado. Participam os consultores e facilitadores da APS e AAE, (territórios que possuem a AAE), gestores (estaduais, regional e municipais), tutores municipais, coordenadores da APS, Vigilância em Saúde, ou profissionais de saúde que forem considerados importantes no desenvolvimento dos processos. A participação conjunta de consultores e facilitadores da APS e AAE juntos, demonstra integração, além da importância de proporcionar um diálogo mais ampliado.

Sugere-se que cada consultor, juntamente com os facilitadores, apoiados pelos assessores, busquem estratégias para a organização do processo tutorial e que os municípios que compõem uma região de saúde, sejam contemplados com os momentos tutoriais. Nas regiões que possuem uma quantidade expressiva de municípios, esse exercício pode ser mais complexo, mas a realização do agrupamento de municípios por afinidades e o rodiziamento das tutorias nas unidades laboratório pode possibilitar a tutoria em todos eles. Porém, em todas as tutorias deve-se priorizar a realização da oficina tutorial na unidade laboratório (UL) do município sede da região.

Essa recomendação se justifica porque a UL representa um espaço propício para colaboração com a equipe local na customização das ferramentas utilizadas e na proposição criativa de soluções para enfrentar os desafios. Ela deve ser um local de referência para outras unidades, onde profissionais e gestores possam entender a viabilidade das práticas e aprender com exemplos concretos de implementação. Na sede da região, essa função se torna ainda mais eficaz e facilitada.

A utilização de metodologias ativas para integração e dinâmicas de grupos, tipo “quebra-gelo” para engajamento são estratégias bem avaliadas.

Resgata-se o plano de ação, tutoria II, e sugere-se que cada tutor municipal apresente as atividades realizadas, as parcialmente desenvolvidas, ou não executadas, o que pode ser complemento pelos demais tutores, isso propicia o replanejamento e busca de novas estratégias, ou parcerias para que ocorra a efetivação de cada ação. As ações discutidas remetem não somente para ao macroprocesso

trabalhado na tutoria II, macroprocesso de segurança do paciente na APS, mas também de outros macroprocessos não concluídos ou trabalhados em tutorias anteriores.

Referente ao macroprocesso “segurança do paciente na APS,” trabalhado no Guia II, discute-se como foi implantada ou implementada a Meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. Faz-se uma escuta para analisar se foi adotada a correta higienização: das mãos e de instrumentais, bem como a esterilização de artigos para prevenir infecções. Essa meta visa contribuir para o controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando a segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos os envolvidos nos cuidados às pessoas usuárias na unidade de saúde e no domicílio.

Mais uma vez destaca-se que quando se faz o resgate do plano de ação, trabalha-se com os Ciclos de Melhoria – PDSA. Esse é o momento de avaliar as etapas “study e act,” verificando se o planejado, foi de fato executado.

Em continuidade, é apresentada a programação da tutoria III, ressaltando-se cada um dos momentos tutoriais, dia e locais da realização das oficinas, são novamente alinhados, mesmo já tendo sido discutidos na oficina de pré tutoria, considerando, que algumas vezes precisam ser replanejados. É apresentado o conteúdo conceitual da oficina, o Guia orientador é visitado, para melhor compreensão e aprofundamento da temática. São apresentados também todo material de suporte que será utilizado para o desenvolvimento da tutoria.

Sempre, em cada oficina, deve ser evidenciada a importância do tutor municipal e suplente no processo, o tutor é um elemento fundamental na tutoria e para a expansão dos processos nas unidades de saúde (UBS) do município. Eles, conjuntamente com os outros gestores municipais, vão realizar a expansão da PAS nas unidades e precisam estar bem instrumentados com a temática que será abordada.

Recomenda-se ainda que em todas as tutorias seja reservado um momento de escuta dos gestores e tutores regionais e municipais. Essa escuta possibilita conhecer melhor as realidades de cada local e as expectativas em relação da oficina, bem como ao desenvolvimento da planificação em seus respectivos territórios.

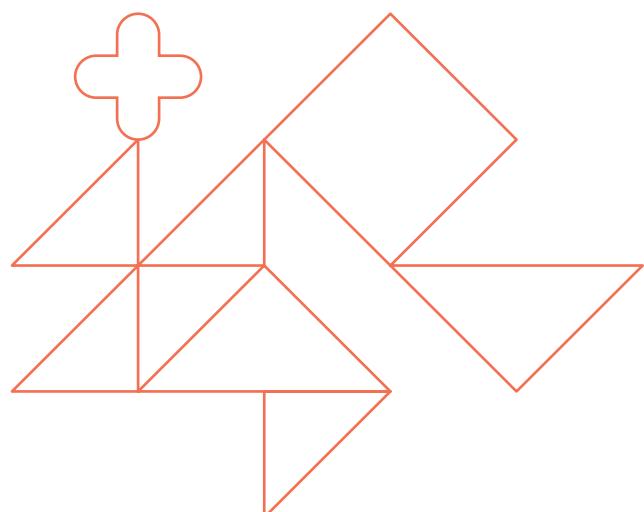
Os objetivos, resultados esperados e metas da tutoria precisam ser apresentados, para que todos tenham clareza e compreensão do que vai ser trabalhado, para o alcance do produto a ser pactuado.

Uma discussão sobre a continuidade do monitoramento de indicadores de saúde deve ser provocada, pois, como foi publicada uma nova política de cofinanciamento da APS e, considerando a proposição de um momento de transição de um ano, para que essa nova política seja efetivada, pode ser que os municípios fiquem desmobilizados e desestimulados a prosseguirem com o acompanhamento e monitoramento de indicadores. Sugere-se que enquanto aguarda-se a publicação dos indicadores, pelo Ministério da Saúde, sejam revisitados os indicadores estaduais/municipais, considerados importantes, dessa forma deve-se estimular a “cultura no monitoramento”. Além disso a depender de cada linha trabalhada, existe a necessidade do constante monitoramento de indicadores

relacionados a linha de cuidado prioritária e ampliada, a exemplo, para a linha materno infantil, razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade infantil.

Se existirem outros projetos desenvolvidos pelas secretarias estaduais de saúde e municipais, este é o momento de integrá-los. Deve-se também verificar como está sendo desenvolvido o TeleNordeste, TeleNorte e Tele-Centro-Oeste, avaliando-se a participação dos municípios e o grau de integração das ações de telessaúde com a Planificação. Importante discutir as interfaces da Planificação com outras iniciativas do PROADI-SUS.

No segundo momento da tutoria, consultores e facilitadores deslocam-se para cada um do seu campo de atuação, APS e AAE. Os da APS vão para a unidade laboratório para o desenvolvimento da oficina tutorial. A participação dos tutores municipais é importante, bem como o coordenador da APS, vigilância em saúde e outras áreas da gestão municipal. Nos municípios que possuem muitas UBS, o espaço da Unidade não comporta esse contingente de profissionais, assim o tutor municipal assume a responsabilidade, juntamente com os tutores estadual e regional e o coordenador da APS, em realizar a replicação da Oficina.



É realizado o giro na unidade. Todos os achados no giro são registrados para discussão em momento posterior. Discute-se o que foi verificado no giro da unidade, lembrando que para cada tutoria, a depender do conteúdo abordado, o giro tem um direcionamento. O giro traduz-se em uma oportunidade de reforçar os micro e macroprocessos já trabalhados e a organização das unidades produtivas, a exemplo, na sala de vacina, procura-se saber como se encontra a cobertura das principais vacinas e confirma-se a importância da busca ativa dos faltosos. A seguir o tutor local apresenta o plano de ação comentando sobre as ações pactuadas. Avalia-se se os macroprocessos já trabalhados que necessitam ser resgatados e estratégias para alcance dos objetivos. O macroprocesso de segurança do paciente na APS, objeto da tutoria II, e a meta pactuada para ter sido trabalhada, são revisitados e verificado como estão sendo trabalhadas na unidade.

Na tutoria III, como estão sendo abordados os micro e macroprocessos básicos esse olhar do giro, deve ser dirigido para ambência, cadastro, agenda de atendimentos, fluxos, funcionamento das unidades produtivas e, se está sendo realizada a segurança das pessoas usuárias - conferência dos itens de segurança para a identificação do usuário, higienização das mãos, higienização e esterilização de equipamentos, limpeza do ambiente, dentre outros.

Apresenta-se o conteúdo da oficina, com maior detalhamento e continua a ser rodado o ciclo de melhoria – matriz do PDSA, elaborado especialmente para a oficina tutorial. Objetivando facilitar a discussão do conteúdo da Oficina Tutorial III, **está sendo disponibilizado um Guia de Atividades no link ou QR Code abaixo**, para que, de uma forma mais leve, possa ser trabalhado o conteúdo da respectiva oficina .



[bit.ly/46DcULk](https://bit.ly/46DcULk)

É apresentada e discutida a Escala de Coelho e Savassi para a realização da estratificação de risco familiar. Algumas regiões já estão trabalhando essa escala, contudo, por ser uma atividade continua, existe a necessidade de permanentemente ser visitada e elaborado o plano de ação para as famílias identificadas com maior vulnerabilidade, muitas vezes não elaborado. Identificam-se as necessidades, mas o plano de cuidado não é efetivado.

Realizada explication e orientação sobre as planilhas de registro coletivo: acompanhamento do percurso do cuidado da criança na APS e AAE; acompanhamento do percurso do cuidado da gestante e puérpera na APS e AAE; acompanhamento do percurso do cuidado da pessoa usuária com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na APS e AAE. Lembra-se que as planilhas serão disponibilizadas em arquivo a parte do Guia III.

Recomenda-se fazer um levantamento de todos os POPs e identificar os que necessitam ser atualizados. Dentre eles ressalta-se a importância de verificar os da farmácia, vacinação, curativo, coleta de exames, higiene e limpeza, gerenciamento de resíduos e recepção. Também serão ofertados POP já elaborados, porém precisam ser adaptados em cada um dos municípios, ou região de saúde.

Na atenção especializada, é utilizada como referência para o desenvolvimento da tutoria o checklist, com itens a serem trabalhados, conforme o momento em que se encontra cada ambulatório de especialidade, dessa forma, as ações a serem desenvolvidas depende do momento que se encontra esse ambulatório.

Faz parte também desta atividade explicar as etapas de planejamento e execução no ciclo do PDSA referentes à respectiva

tutoria. No próximo capítulo, objetivando um melhor detalhamento dessa atividade, será apresentada a organização dos processos por meio do ciclo de PDSA, tanto para a APS como para a AAE.

O plano de ação é atualizado, com inserção de macroprocessos identificados como implantados de forma parcial ou inexistentes - escolha do guardião do plano de ação e inserção das novas ações, discutidas na tutoria II, ciclo II. Avaliação da tutoria – buscar metodologias ativas para integração do grupo, provocando a participação de todos. Estimula-se sugestões dos participantes para que os processos sejam sempre aperfeiçoados.

Esse mesmo conteúdo da Oficina tutorial é desenvolvido em outros municípios da região, de acordo com a programação e cronograma estabelecido e pactuado na pré-tutoria.

Finalizando a semana da tutoria acontece a reunião com o grupo condutor da Planificação da região, quando os consultores e facilitadores da APS e da AAE novamente se reúnem, integram-se ao grupo, relatam para os gestores como aconteceram as tutorias, evidenciam as potencialidades e as oportunidades de melhorias e buscam-se estratégias de superar os desafios identificados.

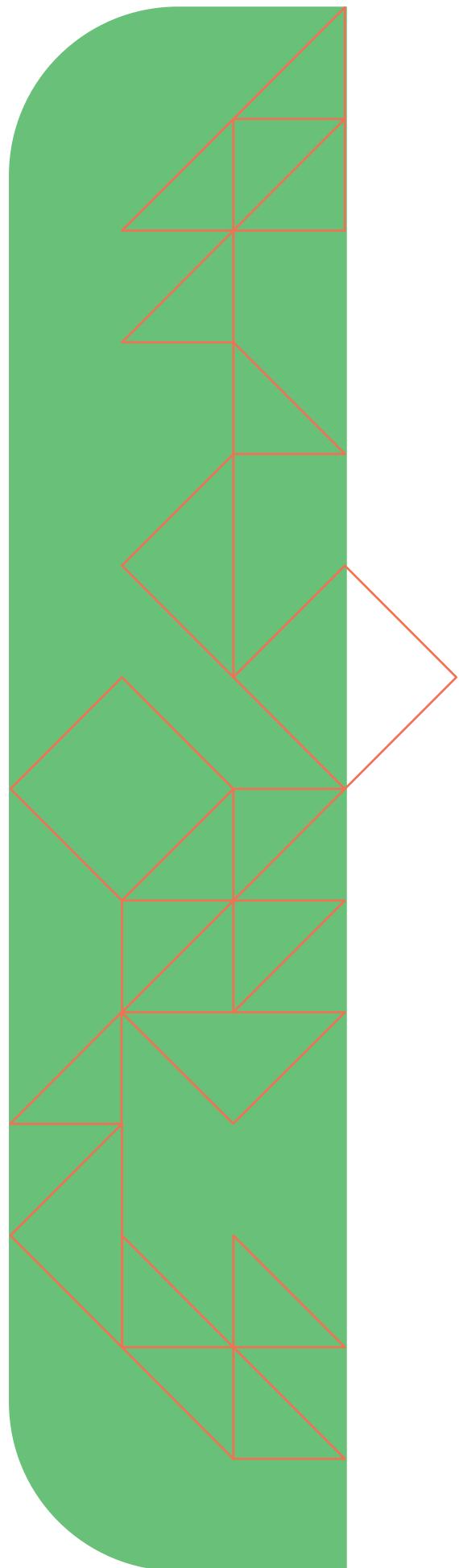
Também nesse momento é atualizado o Plano de Ação com divisão de responsabilidades e com a escolha do guardião do plano, profissional que vai liderar esse processo na região de saúde. Nessa reunião, confirma-se o cronograma das intertutorias da APS e AAE, quando não houver possibilidade de os gestores municipais participarem o tutor regional e estadual assume a responsabilidade de articulação com os municípios para o desenvolvimento do plano pactuado.

## Pós Tutoria

Após o desenvolvimento da oficina tutorial, realiza-se a pós tutoria. Esse momento já deve ser agendado entre os consultores e facilitadores e assessores para avaliarem a oficina, identificando potencialidades da região, municípios, oportunidades de melhoria, resolução de ações pactuadas de responsabilidade da equipe, bem como buscar estratégias para uma melhor organização da PAS naquela região.

No período entre as tutorias presenciais acontece as intertutorias. Recomenda-se que a partir da tutoria e da revisita ao Plano de Ação da região, seja realizada a programação da intertutoria, procurando abordar o que foi identificado com maior fragilidade, além de também ser um momento de escuta e monitoramento das ações em desenvolvimento pelos municípios. A participação do tutor estadual e regional é fundamental, uma vez que eles acompanharão a planificação na região.

Nas regiões que possuem um contingente maior de municípios, recomenda-se que sejam divididos em momentos diferentes, considerando que com um número menor deles, ocorra uma maior participação e esclarecimento de dúvidas, durante a intertutoria. Roda-se novamente o PDSA com planejamento das atividades para a próxima tutoria - Tutoria IV.





# 4. Matriz PDSA - Terceira Oficina Tutorial

## 4.1 Matriz PDSA- Study e Act da Oficina Tutorial II - Ciclo II

CICLO DE MELHORIA	
OFICINA TUTORIAL II - Ciclo II - Macroprocesso de Qualidade e Segurança do Paciente	
<b>OBJETIVO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender os conceitos relacionados à segurança do paciente e sua aplicabilidade;</li> <li>• Apoiar e incentivar a adesão das boas práticas de segurança do paciente na rotina de trabalho da APS (com foco na meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos);</li> <li>• Capacitar e estimular os profissionais reforçando a transversalidade da segurança do paciente nos macros e microprocessos da APS;</li> <li>• Identificar os riscos relacionados à segurança do paciente na APS;</li> <li>• Estimular a criação dos núcleos municipais de saúde municipais;</li> <li>• Estimular a implementação da comissão/ comitê/time de segurança local de forma integrada com os núcleos municipais e estaduais.</li> </ul>
<b>ENTREGA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criar o núcleo municipal de qualidade e segurança do paciente, nomeando os representantes da gestão municipal, garantindo a pluralidade dos membros, por intermédio de portaria municipal (vide modelo de nomeação).</li> <li>2. Realizar intertutoria com as equipes, em horário protegido, para contextualização e aprofundamento conceitual do macroprocesso “Qualidade e segurança do paciente”;</li> <li>3. Utilizar as metodologias ativas da meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, com foco na higienização das mãos;</li> <li>4. Implantar a meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos) nos serviços da APS e AAE.</li> <li>5. Checar as questões disparadoras sobre a segurança do paciente, implementando as ações necessárias.</li> </ol>
<b>CONDUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultor e Facilitador da BP, tutores regional/estadual e local.</li> </ul>
<b>S (study)</b> (estudar)	<p><b>Monitoramento do plano de ação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se as atividades planejadas foram realizadas corretamente, se o resultado esperado foi atingido e quais foram os pontos positivos e os pontos que necessitam de melhoria na execução do plano.</li> </ul> <p><b>Análise dos dados coletados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de profissionais das equipes capacitados sobre a temática;</li> <li>• Número de tutorias, em horários protegido, realizadas sobre a temática;</li> <li>• Número de gestores sensibilizados sobre a importância da implantação do Núcleo Municipal de Qualidade e Segurança do Paciente;</li> <li>• % de Pontos de Atenção à Saúde que aderiram Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos.</li> </ul> <p><b>Verificar as entregas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Criar o núcleo municipal de qualidade e segurança do paciente, nomeando os representantes da gestão municipal, garantindo a pluralidade dos membros, por intermédio de portaria municipal (vide modelo de nomeação). E no ambulatório da AE construir o time de segurança do paciente vinculado ao núcleo municipal de segurança do paciente, sendo necessária à sua formalização.</li> <li>2. Realizar intertutoria com as equipes, em horário protegido, para contextualização e aprofundamento conceitual do macroprocesso “Qualidade e segurança do paciente”;</li> <li>3. Utilizar as metodologias ativas da meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, com foco na higienização das mãos;</li> <li>4. Implantar a meta 5 - reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde - correta higienização das mãos) nos serviços da APS e AAE.</li> <li>5. Checar as questões disparadoras sobre a segurança do paciente, implementando as ações necessárias.</li> </ol> <p><b>Lições aprendidas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que a equipe está aprendendo com as ações desenvolvidas?</li> <li>• Reflexão da equipe sobre a experiência realizada: o mais importante é que esta etapa sirva para uma reflexão sobre a aprendizagem a partir da experiência vivida, de tal modo que cada ciclo signifique não somente a melhoria do processo em si, mas o crescimento das pessoas que fazem o processo.</li> </ul>
	<p>Esta etapa é simultaneamente fim e começo, pois sempre conclui um ciclo de mudanças e melhorias e, caso os objetivos e metas não tenham sido totalmente alcançados, é reiniciado com vistas ao seu aperfeiçoamento, ou introduz a um novo ciclo para melhoria de outros processos. É uma melhoria contínua!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atualizar o Plano de Ação para efetuar ações não concluídas ou de aperfeiçoamento das mudanças iniciadas. Preparar e pactuar o Ciclo de PDSA da Oficina 3-Ciclo II.</li> </ul>

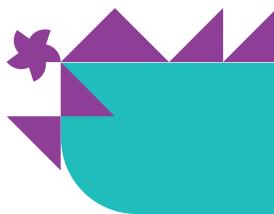
## 4.2 Matriz PDSA da Terceira Oficina Tutorial - Ciclo II

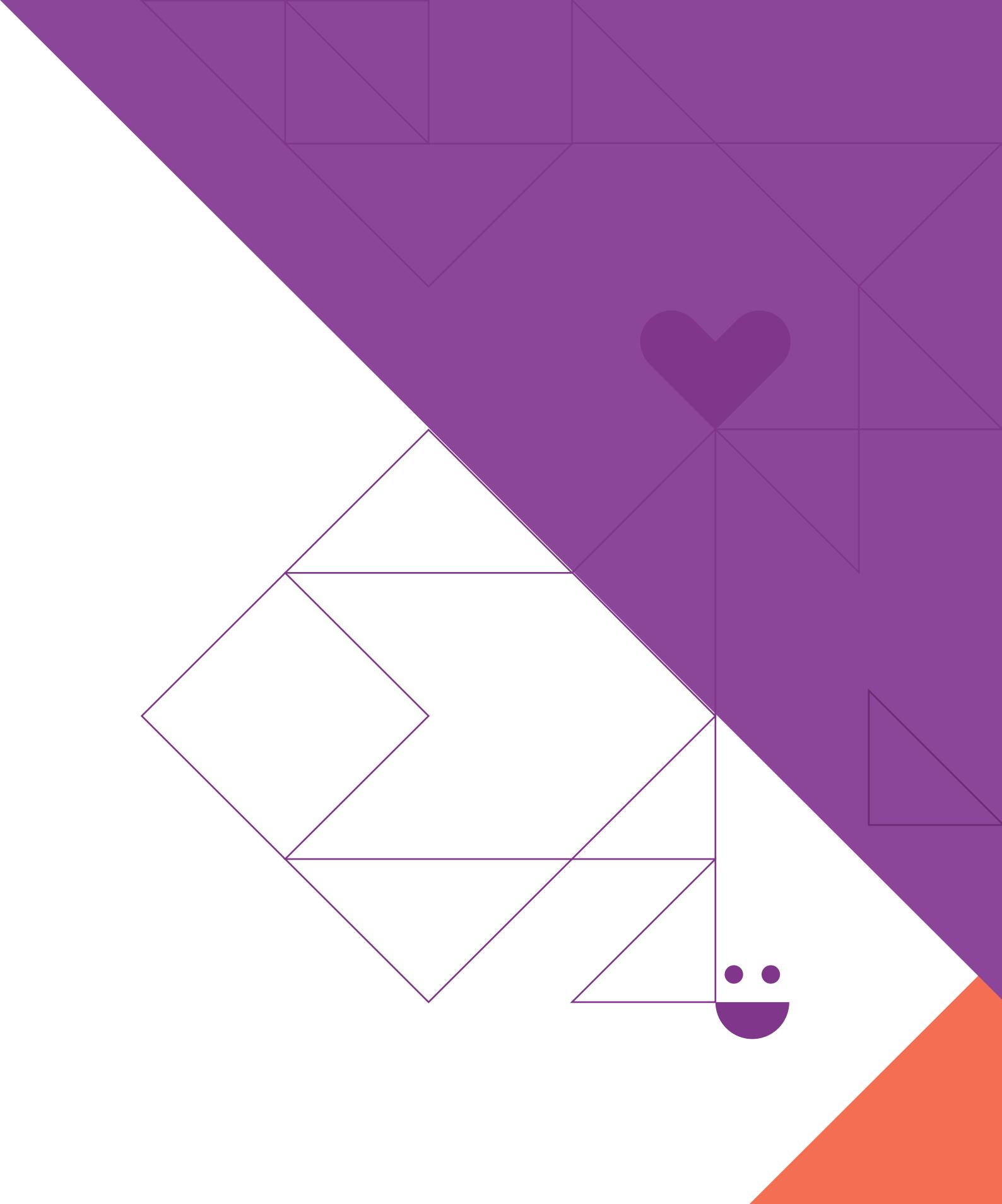
CICLO DE MELHORIA	
Oficina Tutorial III - Ciclo II: Macro e microprocessos básicos	
<b>OBJETIVO:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a ambiência da UBS</li> <li>• Definir ou atualizar o território da UBS e suas respectivas microáreas;</li> <li>• Realizar cadastros individuais e das famílias: atualizados e inseridos no eSUS/ sistema eletrônico municipal;</li> <li>• Estratificar risco familiar realizada;</li> <li>• Estratificar população de risco e identificação das subpopulações alvo com fator de risco ou com condições crônicas inseridas em planilhas de registro coletivo;</li> <li>• Realizar o registro coletivo das condições de saúde prioritárias implantado;</li> <li>• Revisitar para implantação/implementação os demais macro e microprocessos básicos da construção social da APS;</li> <li>• Discutir e implantar da Meta 1 de Segurança de paciente na APS- identificação correta do paciente;</li> <li>• Autoavaliação pela equipe dos macroprocessos da APS através do checklist e registro no e-Planifica.</li> </ul>
<b>ENTREGA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Território da UBS e microáreas 100% atualizados.</li> <li>2. 100% das pessoas e famílias cadastradas.</li> <li>3. 100% das famílias estratificadas por risco.</li> <li>4. 100% das pessoas com condições crônicas identificadas e inseridas no registro coletivo.</li> <li>5. 100% dos microprocessos básicos implantados.</li> <li>6. 100% dos POPs dos microprocessos básicos elaborados/atualizados.</li> <li>7. 100% profissionais de saúde capacitados sobre os POPs elaborados/atualizados.</li> <li>8. 100% do macroprocesso Segurança do paciente na APS - Meta-1, implantada.</li> <li>9. Checklist realizado e registrado no e-Planifica.</li> </ol>
<b>CONDUÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultor e Facilitador da BP, tutores regional/estadual e local</li> </ul>

ETAPA	DESCRIÇÃO	APOIO
P (Planejar)	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Qual o tema?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ambiência da nossa UBS.</li> <li>2) Vamos revisitar/conhecer os conceitos: território, cadastro, estratificação de risco familiar, bloco de horas?</li> <li>3) Escala de Coelho e Savassi? Para que serve e como é aplicada? Conhecemos e aplicamos?</li> <li>4) Conhecemos a Portaria MS N<sup>a</sup> 3493.</li> <li>5) Qual a importância dos POPs no nosso trabalho?</li> <li>6) E o nosso agendamento? Permite acolher demanda espontânea e programada em todos os turnos e dias da semana? Como organizar a agenda?</li> </ol> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Portaria MS N<sup>a</sup> 3493 <a href="https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html">https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html</a></li> <li>2) Escala de Coelho e Savassi Quadro 3</li> <li>3) Guia dos POPs <a href="https://bit.ly/3SFpRP4">https://bit.ly/3SFpRP4</a></li> <li>4) Caderno de Atividades do Guia III <a href="https://bit.ly/46DcULk">https://bit.ly/46DcULk</a></li> </ol>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Qual o problema?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Quais os problemas na ambiença da UBS. Vamos listá-los?</li> <li>2) Em relação ao território, quais os problemas levantados? É preciso atualizar território e microáreas?</li> <li>3) Os cadastros estão atualizados? Existem problemas?</li> <li>4) Estratificamos as famílias por microáreas? Quais problemas na estratificação de risco familiar?</li> <li>5) Bloco de horas. Quais os problemas para implantar? Como superá-los?</li> </ol> </li> </ul> <p>Podemos utilizar o Diagrama de Ishikawa para ajudar na identificação dos problemas</p>	
D (fazer)	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Qual o propósito?</b> Onde estamos em reação à ambiença, território, cadastro, bloco de horas, estratificação de risco familiar e POPs? O que nos propomos a fazer? Quais as metas e indicadores que pretendemos alcançar?</li> <li><b>• Qual o plano?</b> Elabore o plano de ação baseado no diagrama de Ishikawa. Utilize a planilha 5W2H. Observe se as entregas previstas para esta oficina estão contidas no plano de ação. Não esqueça dos responsáveis pela ação, meta e prazo.</li> </ul> <p><b>Execução do plano elaborado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem será o guardião do Plano de Ação.</li> </ul> <p><b>Coleta de dados para monitoramento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotos da UBS com o antes e depois da melhoria da ambiença.</li> <li>• Mapa do território e microáreas atualizados.</li> <li>• % de cadastros atualizados por microárea.</li> <li>• % de famílias com estratificação de risco por microárea.</li> <li>• Agenda organizada por bloco de horas por pelo menos 6 meses.</li> <li>• % de POPs elaborados.</li> <li>• % equipe capacitada por POP elaborado.</li> </ul> <p><b>Treinamentos necessários e revisão de normas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação da equipe sobre Escala de Coelho Savassi.</li> <li>• Elaboração/atualização dos POPs.</li> <li>• Capacitação da equipe sobre POPs.</li> </ul>	

# 5. Referências

- AYRES, JRCM; FRANÇA JUNIOR, I. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 50-71.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília-DF, 2013. 2 volumes.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3493, de 10 de abril de 2024. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html)>. Acesso em: 18 jun. 2024.
- CONASS. Oficina 2 Território e Vigilância em Saúde -17a CRS. Planificação de Atenção à Saúde. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201810/23155111-2-territorio-e-vigilancia-em-saude-17crs.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2024.
- CONASS/UMANE. Nota Informativa 01. Escala de Coelho Savassi. Projeto Braços Abertos. Planificação de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, maio de 2024.
- CONASS/UMANE. Oficina Território e gestão de base populacional: guia do participante. Planificação de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, Projeto Braços Abertos, março de 2024.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS (ESP). Redes de Atenção à Saúde. Oficina 3 – diagnóstico local: guia do tutor/facilitador. Belo Horizonte: ESP, 2008.
- MARQUES, M. C. C. Um novo olhar sobre o território. Projeto Laboratório de Estudos da Complexidade e do Conhecimento em Vigilância Sanitária. Belo Horizonte, set. 2007.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2022.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1993.
- MINAS GERAIS. Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2010.
- MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.
- SIBBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Roteiro para utilização da Escala de Vulnerabilidade Familiar (EVFAM-BR). Diretoria de Atenção Primária e Redes Assistenciais. São Paulo: Ministério da Saúde, 2023.
- SPOSITO, Eliseu Savério (Org.). O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. Territorialização em Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1999. p. 221-236.





Rua Maestro Cardim, 769  
01323-900 Bela Vista São Paulo  
Tel. 11 3505 1000