



Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo

Diretrizes Gerais

Versão 01 - Jan/15

UBS

Unidade Básica de Saúde



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Diretrizes Gerais

Versão 01 - Jan/15

UBS Unidade Básica de Saúde

Fernando Haddad
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Nadia Campeão
VICE-PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

José de Filippi Jr.
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Paulo de Tarso Puccini
SECRETÁRIO ADJUNTO DA SAÚDE

Cormarie Guimarães Perez
CHEFE DE GABINETE

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

COORDENADORES REGIONAIS:

Alberto Alves Oliveira – NORTE

Alexandre Nemes Filho – OESTE

Claudia Maria Afonso de Castro - LESTE

Karina Barros Calife Batista – SUDESTE

Sonia Maria Trassi – CENTRO

Tania ZogbiSahyoun – SUL

COORDENAÇÃO DA SMS:

Flavius Augusto Olivetti Albieri
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Francisco Ernane Ramalho Gomes
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Heloísa Helena AndreettaCorral
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Iara Alves de Camargo
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ÁREAS TEMÁTICAS

Isabel Cristina Nomiya
REGULAÇÃO, CONTROLE e AVALIAÇÃO

Marcelo Itiro Takano
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
Marcelo Klinger - SAMU

Margarida M. T. de Azevedo Lira
EPIDEMIOLOGIA e INFORMAÇÃO

Maria Luiza Marcondes de M. de Freitas Siqueira
GESTÃO DE PESSOAS

Laura A. C. Santucci
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE

Pedro Henrique Pereira de Oliveira Gomes e Silva
COMUNICAÇÃO

Roberto Y Morimoto
AUTARQUIA HOSPITALAR MUNICIPAL

Wilma Tiemi Miyake Morimoto
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

SUPERVISORES REGIONAIS DE SAÚDE:

Ajax Perez Salvador
LAPA/PINHEIROS

Ana Cristina Kantzos
ITAIM PAULISTA

Celso Gualhardo Monteiro
PENHA

Eliete Magda Fávaro
S. MIGUEL PAULISTA

João Marcondes da Silva Filho
PIRITUBA/ PERUS

José Mauro Del Roio Correia
V. MARIA/ V. GUILHERME

Jurema Westin Carvalho
FREGUESIA DO Ó/ BRASILÂNDIA

Laina Ramos Lau Dell' Aquila Gonçalves
CAMPO LIMPO

LelianaGuardino Martins
STO. AMARO/ CID. ADEMAR

Lúcia Marques Cleto Duarte Iusim
CAPELA DO SOCORRO

Lygia Cecília Cunha
M'BOI MIRIM

Magda Takano Kuchida
V. MARIANA/ JABAQUARA

Marcia de Oliveira Novaes
S. MATEUS

Marcos Antonio da Cunha
ITAQUERA

Maria de Lourdes Simões da Silva
PARELHEIROS

Marta Pozzani Calixto de Jesus
C. TIRADENTES

Regina Célia Porto Castanheira
BUTANTÃ

Rosiran C. de F. Montenegro
V. PRUDENTE/ SAPOPEMBA

Sandra Regina de A. G. Brandão Tavares
IPIRANGA

Silvia Masson Braga
SANTANA/ JAÇANA

Sueli Mitie Saito
GUAIANASES

Tânia Maria Bonfim da Cunha
ERMELINO MATARAZZO

Valéria VerkinBarsoumian
MOÓCA/ARICANDUVA

Zeni Rose Toloi
CASA VERDE/ CACHOEIRINHA

ORGANIZAÇÃO E REVISÃO:

Rejane Calixto Gonçalves,
Paulo de Tarso Puccini e
Katia Cristina Bassichetto

EDITORAÇÃO GRÁFICA: CESCO/SMS

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
I. INTRODUÇÃO.....	8
II. TERRITORIALIZAÇÃO E O PERFIL DA POPULAÇÃO.....	11
III. HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS E COMUNICAÇÃO.....	14
IV. ACESSO COM QUALIDADE	16
IV.1 - Jovem SUS (acolher, informar e orientar).....	16
IV.2 - Recepção administrativa.....	17
IV.3 – Recepção Técnica Acolhedora.....	18
IV.4 - Agendamento.....	18
IV.5 – Regulação na Atenção Básica	20
V. PRINCIPAIS ATIVIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
VI. GESTÃO DA INFORMAÇÃO.....	24
VII. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	25
VII.1 Monitoramento.....	26
VII.2 Avaliação.....	27
VIII. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL.....	27
SÍNTESE DAS DIRETRIZES.....	29
APÊNDICES.....	32
APÊNDICE 1 - ATIVIDADES POR FASES DO CICLO DE VIDA.....	33
1.1 - Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente na UBS.....	33
1.2 - Atenção Integral à Saúde da Mulher na UBS.....	34
1.3 - Atenção Integral à Saúde do Homem na UBS.....	35
1.4 - Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na UBS.....	35
APÊNDICE 2 – ARTICULAÇÃO DAS ÁREAS TEMÁTICAS E PROGRAMAS COM A REDE BÁSICA	37
2.1 - Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS.....	37
2.2 - DST-Aids na UBS.....	38
2.3 - Saúde do Trabalhador(a) na UBS.....	39
2.4 - Saúde Bucal na UBS.....	39
2.5 - Saúde da Pessoa com Deficiência na UBS.....	40
2.6 - Saúde Mental na UBS.....	41
2.7 - Saúde Integral da População LGBT na UBS.....	42
2.8 - Saúde na escola	44
2.9 - Saúde da população negra na UBS.....	44
2.10 - Assistência laboratorial na UBS.....	45
2.11 - Assistência farmacêutica na UBS.....	45
2.12 - Assistência de enfermagem na UBS.....	46
2.13 - Medicinas tradicionais, homeopatia e práticas integrativas em saúde (MTHPIS) na UBS.....	46
2.14 - Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência na UBS.....	46
2.15 - Assistência Domiciliar - “Programa Melhor em casa”.....	47
2.16 - Consultório na rua	47
2.17 - Bolsa Família	48
2.18 - Alimentação e Nutrição	48
2.19 - Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS.....	48
APÊNDICE 3 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	50
APÊNDICE 4 – INSTRUMENTOS E INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	52
4.1 - Formulário de observação e análise dos aspectos estruturantes do processo de trabalho da UBS.....	52
4.2 - Indicadores para o monitoramento dos serviços da Atenção Básica.....	58
4.3 - Indicadores para a avaliação da Atenção Básica	59

Apresentação

Este documento apresenta as Diretrizes para Reorganização da Atenção Básica com o objetivo de aprofundar os vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre todos os gestores e trabalhadores que compõem a SMS e a população do Município de São Paulo (MSP).

Decorre da avaliação de que cabe à SMS desenvolver ações que busquem o fortalecimento do sistema como um todo, evitando permanentemente a fragmentação de ações, a desintegração das áreas temáticas e a desarticulação dos pontos de atenção.

Diante destes pressupostos, para atingirmos resultados satisfatórios no território, é essencial que se estabeleçam Diretrizes para o Fortalecimento da Atenção Básica. Tais Diretrizes fundamentam-se no processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em consonância com os princípios do SUS, tendo a Unidade Básica de Saúde Integral (UBSI) como proposta estruturante para o enfrentamento da baixa e inadequada oferta de serviços, dos vazios assistenciais e para a superação de um modo de organização que privilegia o atendimento do tipo queixa-conduta, dissociado do cuidado integral das pessoas.

A concepção da UBSI nasce, portanto, da necessidade de reestruturação da Atenção Básica, visando assegurar o acesso ao não agendado na UBS e implantar programações específicas, agregando novos profissionais de saúde nesse nível de atenção, em sintonia com as necessidades de saúde do MSP.

Nestes termos, a ideia de UBSI não deve ser entendida como mais uma modalidade de organização a conviver com aquelas já existentes – UBS “tradicional”, UBS/ESF, UBS “mista”, AMA – mas como estratégia de reestruturação do conjunto da atenção básica, que deve levar à incorporação, gradativa e diferenciada, dos princípios fundamentais aqui expostos, garantindo acesso com qualidade, num processo permanente de aprendizagem e aprimoramento.

O conjunto de Diretrizes Organizativas aqui fixadas tem como objetivos padronizar o atendimento humanizado e efetivo nas unidades da Atenção Básica e estabelecer um canal formal para a discussão dos profissionais, gestores e conselheiros de saúde que, com suas experiências acumuladas na linha de frente desses serviços, desenvolvem e operacionalizam as mudanças nas unidades que integram a Rede Básica de Saúde, dando respostas para a superação dos obstáculos encontrados e concretizando o acesso com qualidade em cada um dos territórios.

I. Introdução

A Atenção Básica em Saúde (ABS) é entendida como o conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. Para que a integralidade se efetive é necessário articular as ações programáticas com a demanda não agendada (espontânea) e as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, tratamento e reabilitação com a coordenação do cuidado na rede de serviços.

Desde as primeiras mudanças influenciadas pelo movimento brasileiro de reforma sanitária, a discussão de como mudar o modelo assistencial tem priorizado o tema da atenção básica à saúde (ABS) como questão estratégica. A reestruturação assumida pelo SUS estabelece, além de nova definição formal do sistema, um novo conceito de saúde, ampliado, não reduzido a ações assistenciais.

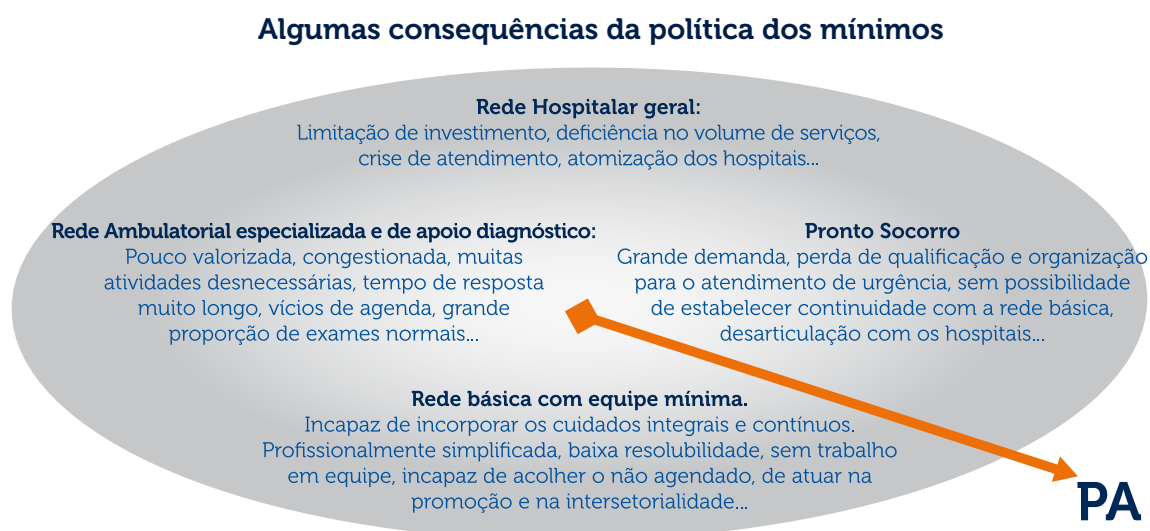
As novas condições para a organização das ações de saúde no país, concretizadas com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), inauguraram um ciclo qualitativamente distinto. Os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, como qualificadores do direito social nascente, são elementos que impulsionam, na organização dos serviços, a disputa entre o provimento mínimo e o básico do direito à saúde, entre um "SUS para os pobres" e o SUS como uma política pública integral e universal.

A concepção de básico é dinâmica, é a capacidade de aprender com a realidade e incorporar de forma permanente novas necessidades. Trabalhar com o básico é trabalhar com um caminho sempre a percorrer e não com um ponto de chegada. Assim, uma definição de rede básica, mais do que estabelecer um conjunto fixo de funções nacionalmente pré-definidas, precisa ser capaz de, no cotidiano, ensinar e aprender com os outros níveis do sistema e com as necessidades apresentadas pelo usuário, pelo cidadão e pela comunidade.

Nesse processo de construção do SUS como política integral e universal, um dos principais desafios para o fortalecimento da atenção básica inclui o equacionamento do atendimento à demanda não-agendada, como elemento necessário para a sua qualificação.

Uma rede básica desarticulada resulta em grande procura da população por prontos-socorros ou por ambulatorios de especialidades. Em consequência, as UBS perdem sua almejada condição de local onde se privilegiam os cuidados contínuos e a credibilidade para realizar ações de promoção e proteção à saúde (Figura 1).

Figura 1: Diagrama das consequências da Política de Mínimos na Saúde

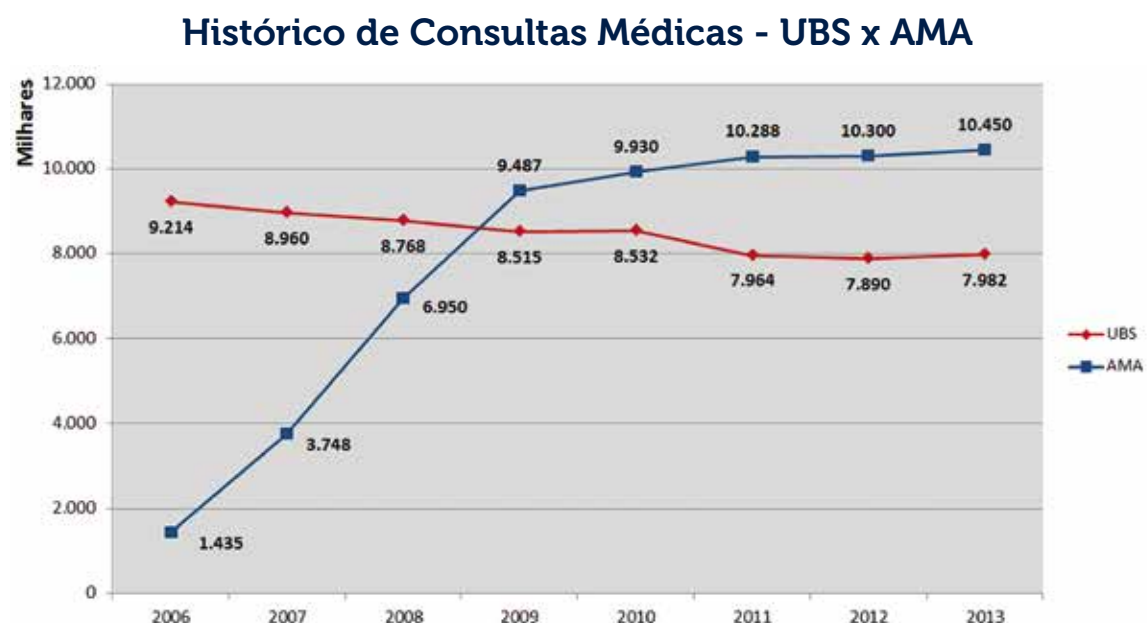


Ao lado de características positivas que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) brasileira recupera e difunde – territorialização, adscrição, responsabilidade por pessoas, compatibilização da capacidade de atenção com a demanda, visita domiciliar renovada e ampliada com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) integrado à equipe, articulação com a comunidade, articulação intersetorial, promoção da saúde – as equipes ou unidades de saúde da família, muitas vezes, não são entendidas como ampliação de acesso, articulado necessariamente a uma rede básica mais complexa. Em sua maioria, organizaram-se em unidades simples, com baixa incorporação de tecnologia, em substituição aos serviços básicos estruturados com diferentes profissionais e tecnologias.

Diante dessas dificuldades, em 2005, a Secretaria Municipal da Saúde iniciou a instalação de um novo tipo de unidade denominada AMA (Assistência Médico-Ambulatorial), em geral, acoplada às Unidades Básicas de Saúde (UBS), caracterizadas como unidades específicas para realizar o pronto-atendimento, no modelo baseado em queixa-conduta. A instalação dessas unidades consumiu recursos financeiros, tempo gerencial e pressionou o mercado de trabalho médico na direção do médico plantonista, com frágil vinculação à finalidade das ações básicas e à população atendida, desvalorizando características particulares da organização da rede básica. Assim, foi incentivado, gradativa e sistematicamente, um tipo de atenção médica que resulta, com frequência, em utilização desnecessária de encaminhamentos, exames subsidiários e de sucessivos retornos do paciente, sem se chegar à possível resolução do seu problema.

Os dados revelam, como resultado do conhecido ciclo vicioso do atendimento nestes moldes, o sentido global desse processo: redução do volume de atendimento médico característico da atenção básica, substituído por outro tipo e natureza de atendimento, isto é, o realizado nas unidades AMA (Gráfico 1):

Gráfico 1: Histórico da Produção de Consultas Médicas em UBS e AMA. Município de São Paulo, 2006-13.



*Anos 2006 a 2008: Fonte SMS/Gerência de Processamento/Sistema de Informação Ambulatorial - SIA

**Anos 2009 a 2014: Fonte Ministério da Saúde/DATASUS/Sistema de Informação Ambulatorial - SIA

Vale ressaltar que a inserção das AMA na estrutura da Atenção Básica no MSP, na grande maioria, se deu de modo acoplado às UBS, sendo que do total de 98 AMA 12h, 87 encontram-se nesta condição (**Quadro 1**). Tal situação gera dupla porta, confunde e desvaloriza a UBS perante a população.

Quadro 1: Tipos de Estabelecimentos da Atenção Básica segundo Coordenadoria Regional de Saúde. Município de São Paulo, Outubro de 2014.

CRS	Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde						Total UBS	AMA 12h		Total AMA	Total AMA e UBS
	UBS Trad.	UBS Indíg.	UBS Integ.	UBS ESF	UBS/ESF Exclusiva	CSE*		Acop. a UBS	Não Acop.		
Centro	-	-	-	4	4	1	9	-	1	1	10
Leste	55	-	-	11	46	-	112	26	1	27	139
Norte	39	1	-	19	29	-	88	18	1	19	107
Oeste	13	-	1	7	6	2	29	5	1	6	35
Sudeste	41	-	1	23	27	-	92	22	3	25	117
Sul	21	1	2	6	91	-	121	16	4	20	141
MSP	169	2	4	70	203	3	451	87	11	98	549

Fonte: SMS/CEInfo - ESTABSUS; SMS/ Coordenação da Atenção Básica

*Incluídos três Centros de Saúde Escola (CSE) - Barra Funda, Butantã- Samuel Barnsley Pessoa e Geraldo de Paula Souza

O conjunto de diretrizes estabelecidas neste documento, com amplas discussões e muitas contribuições, visa a fortalecer um processo gradativo de transformação da rede de unidades básicas, ampliando o acesso com qualidade e a integração ao sistema, superando a desarticulação e a fragmentação desta rede e da sua relação com os outros estabelecimentos de saúde (pontos de atenção).

Nosso compromisso em fortalecer a rede básica de saúde de São Paulo concretiza-se com a organização da UBSI, que se define como: **aberta aos problemas de saúde do seu território e à diversidade das condições de uso; com adscrição, mas sem proibição, incorporando e matriculando estudantes e trabalhadores também por local de atividade; que integra a atividade programática com o atendimento não agendado, rompendo a segmentação e fragmentação da situação da UBS com as AMA; que atua na promoção da saúde de forma intersetorial e com a comunidade; que atende a pessoa de forma integral, com porta aberta e resolutiva aos problemas de saúde, com ação interdisciplinar, que resolve a maioria dos problemas e que organiza as condições para coordenar a continuidade do cuidado com os outros pontos de atenção da rede, quando necessário.**

Para tanto, colocam-se como desafios gerais para a atenção básica:

- Valorizar as ações de promoção, prevenção e a atuação intersetorial;
- Realizar uma assistência básica integral e contínua;
- Incorporar o atendimento da demanda não agendada no processo de trabalho das UBS, incluindo a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- Articular a atenção em rede na perspectiva da integralidade;

- Readequar de forma gradativa as UBS já existentes, segundo modelo da UBSI;
- Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;
- Aprimorar a inserção dos profissionais da ABS nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e a fixação dos mesmos, mediante seleção pública e contratação de ACS, também para as UBS onde atualmente não existem equipes de ESF;
- Criar a carreira de Agente Comunitário de Saúde na administração municipal direta, permitindo a contratação mediante concurso público;
- Implementar processo de monitoramento e avaliação da ABS, incorporando o PMAQ (Programa de Melhoria, Acesso e Qualidade da Atenção Básica);
- Implantar o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP);
- Articular as ações de educação permanente e implantar amplo Plano de Educação Permanente para a Atenção Básica. Desenvolver ações de formação e capacitação, propiciando espaço de reflexão da ação, transformando o conhecimento apreendido em prática, contribuindo para que as mudanças organizacionais e os processos de trabalho possam ser repactuadas a partir da realidade local.

Procurando responder aos desafios do processo de reorganização da atenção básica, as diretrizes fixadas no presente documento foram organizadas nos seguintes tópicos: Territorialização e o perfil da população, Humanização nos serviços e comunicação, Acesso com qualidade, Principais atividades individuais e coletivas na Atenção Básica, Gestão da Informação, Monitoramento e avaliação e Participação popular e controle social.

II. Territorialização e o perfil da população

Na perspectiva ampliada de saúde, busca-se superar a abordagem exclusivamente individual. Trabalha-se para que as pessoas e comunidades organizem suas escolhas e criem novas possibilidades para satisfazer necessidades da coletividade. Propõe-se que as intervenções em saúde ampliem seu campo de atuação, tomando como objeto os problemas de saúde, seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que atuem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida das coletividades, no território onde vivem e trabalham.

Dessa forma, a concepção e a condução de políticas públicas necessitam incorporar o conceito de espaço geográfico e focar a questão regional como estratégia para enfrentamento das desigualdades sociais. O conceito de "região de saúde" considera a base territorial de planejamento e organização da atenção à saúde, de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas e de oferta de serviços.

Tomando-se o conceito ampliado de saúde como princípio para as intervenções e práticas, destaca-se a importância que assume a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS). O seu objetivo é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde e incrementar o desempenho do sistema, tendo a atenção básica o papel de coordenadora do cuidado, por ser responsável pela população de sua área de abrangência. Dessa forma, a estruturação das RAS deve se ajustar à territorialização sanitária. A integração de serviços, por meio das RAS, reconhece a interdependência entre eles e organiza o acesso aos diferentes níveis de aten-

ção. A integração dos cuidados consiste numa coordenação das práticas clínicas, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos, de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Sua implantação prevê pactuação, contratualização e conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais, o que requer que o fluxo assistencial esteja expresso de modo articulado, para atender a necessidade de saúde do indivíduo. Trata-se, portanto, de um potente instrumento de reorganização do processo de trabalho em saúde, contribuindo para superar as lacunas de assistência e a atual fragmentação das ações. Para tanto, o território de abrangência das unidades deve ser revisto e as respectivas informações atualizadas periodicamente, considerando o perfil epidemiológico, perfil demográfico, perfil de ocupação habitacional (identificando as áreas de invasão, favelas, cortiços e outras habitações subnormais); condições relativas a abastecimento de água para consumo humano, saneamento básico e iluminação pública; áreas de risco ambiental (áreas de alagamento, deslizamento, matas, córregos, etc); recursos sociais do território (escolas, creches, asilos, delegacias, presídios, comunidades, abrigos de migrantes); estabelecimentos com atividade econômica - em especial os que possam representar risco sanitário ou à saúde do trabalhador; locais com maior concentração de pessoas e espaços utilizados para lazer e eventos de massa.

Entretanto, o enfrentamento integral dos problemas de saúde está além dos recursos e competências do setor saúde, para o qual ações intersetoriais são indispensáveis. A saúde exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito do setor. Assim, coloca-se para a sociedade e para área da saúde, em especial, o desafio de construir a intersetorialidade.

A intersetorialidade engloba as dimensões das políticas sociais e sua interface com outras dimensões num determinado espaço geográfico, envolvendo distintos atores sociais na identificação e na análise dos problemas e necessidades de um território, bem como propõe estratégias pactuadas para resolvê-las. Não é apenas a complexidade dos problemas que impõe a necessidade de ações intersetoriais e sim uma busca pela unidade do fazer, associada à reciprocidade e complementariedade na ação humana. Assim, a promoção da saúde vem se constituindo, por sua natureza, como uma política transversal, integradora e, ainda que não exclusiva indutora da intersetorialidade, levando a uma prática mais efetiva no atendimento às necessidades dos cidadãos.

As definições territoriais de abrangência e responsabilidade das unidades devem, entretanto, ter como questão central a garantia do acesso, superando formas de planejamento que resultem em obstáculos para garantir condições que assegurem maior acesso das diferentes populações.

Perfil da População de São Paulo:

O MSP vive de maneira intensa a transição demográfica e epidemiológica, resultando em perfil populacional de crescente envelhecimento com redução da participação dos grupos etários mais jovens, em relação aos mais idosos. Tal condição produz uma ampliação da demanda potencial por ações assistenciais relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), agravadas pelas comorbidades. Observa-se, também, redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis. As taxas brutas de mortalidade mostram uma tendência de elevação, já esperada devido ao envelhecimento populacional. Enfatiza-se que, dentro do município, tais tendências se apresentam com diferenciais importantes entre suas regiões.

Assim, o fortalecimento da ABS e a implantação das UBSI constituem importante estratégia para ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde. Para que este fortalecimento se efeti-

ve, é necessário que estejam abertas aos problemas de saúde da sua região, conheçam as características epidemiológicas da sua população e desenvolvam capacidade para lidar com a diversidade das condições de uso. Devem, ainda, atender a pessoa de forma integral, com porta aberta e resolutiva aos problemas de saúde, com ações interdisciplinares, que resolvam a maioria dos problemas e que organizem as condições para coordenar a continuidade do cuidado com os outros pontos de atenção da rede que, nessas condições populacionais, são cada vez mais necessários para a integralidade do cuidado.

Diretrizes - Territorialização e o perfil da população

- Reconhecer a necessidade de um modelo de organização que esteja mais próximo das pessoas e da coletividade, capaz de intervir de forma mais resolutiva e integrada.
- Considerar a equidade como princípio para definição das prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da atenção à saúde.
- Assegurar o acesso à UBS Integral a todas as pessoas da área de abrangência, eliminando obstáculos no território sob responsabilidade da unidade, redefinindo território de atuação e a população sob sua responsabilidade.
- Desburocratizar e adaptar a UBS/ESF para o grande centro urbano – “adscrição sem proibição”. inclusive por local de atividade.
- Programar e implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, levando em conta os indicadores de saúde, adotando linhas e rede de cuidados, tais como Rede Cegonha, Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, Tuberculose, Bucal, Mental, Hipertensão e Diabetes, DST/aids.
- Considerar ações de enfrentamento às causas externas de morbimortalidade.
- Implementar ações para promover um envelhecimento ativo e saudável.
- Desenvolver ações que priorizem os grupos e os fatores de risco clínico-sociais, alimentares e ambientais, para prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.
- Atuar na promoção da saúde de forma intersetorial e com a comunidade, propiciando atividades conjuntas, especialmente, com as áreas de esporte e lazer, cultura, educação, assistência social e meio ambiente.
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença e cuidado da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva.
- Incentivar e apoiar a participação e as ações de controle social, como estratégia fundamental para aprimorar o conhecimento sobre as necessidades de saúde e a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

III. Humanização nos Serviços e Comunicação

As práticas de saúde apresentam limitações para responder efetivamente às necessidades de indivíduos e populações. As propostas de humanização e integralidade do cuidado têm se configurado em estratégias que induzem alternativas para a organização dos processos de trabalho da atenção à saúde no Brasil.

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social e impulsionam a expressão de novas necessidades. Assim, entende-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial pode ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar estas dicotomias.

As proposições de humanização da assistência têm contribuído para uma melhor compreensão da prática da integralidade. Induzem a pensar uma nova rede básica e reconhecem que é impossível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos rígidos de programação. Respeito, confiança e responsabilidade são apontados como traços a serem considerados nas interações entre profissionais de saúde e pacientes, para o adequado cuidado em saúde. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. Integralidade e cuidado reúnem, portanto, num caminho humanizador, uma tendência de reconhecimento do outro, um direcionamento da materialização do direito à saúde que não é mais a simples soma de aspectos técnicos das ações de saúde. O processo integrador de ações depende da interação entre as pessoas, para o encaminhamento dialógico de interesses comuns e superação da fragmentação tecnoburocrática. Esse é um dos sentidos que embasam a ênfase na humanização dos serviços de saúde.

A questão de fundo que a humanização dos serviços desperta é a luta pelo direito à saúde, exigindo mudança do sistema público na direção deste direito. Instala-se, dessa forma, a disputa fundamental entre o provimento mínimo e o básico das necessidades de saúde e a influência das diferentes concepções e práticas nessa disputa.

Com base em algumas experiências concretas de processos de humanização e reestruturação dos serviços de saúde, é possível destacar certas questões e princípios que têm marcado essa ação transformadora, em especial para a reorganização da atenção básica:

- Reconhecer que a integralidade do cuidado pressupõe ouvir e compreender o outro, considerar a pessoa atendida como sujeito do processo de cuidado.
- Acolher a todos os que procuram os serviços, assegurando a continuidade do cuidado conforme a necessidade.
- Favorecer o diálogo e o processo pedagógico na relação profissional–usuário.
- Ampliar os canais de participação da população e de controle social, visando a reconhecer novas necessidades e incluir a opinião dos usuários na definição de prioridades.
- Valorizar o saber de cada profissional e do trabalho em equipe, incentivando e capacitando em especial o enfermeiro, para que ele retome seu papel assistencial na rede básica.
- Capacitar os médicos a terem uma compreensão da atenção básica receptiva, cuidadora,

crescentemente resolutiva, respeitosa do direito do cidadão, que atende pessoas agendadas e não agendadas e realiza ações em equipe dentro e fora da unidade de saúde.

- Articular o desenvolvimento de novas atividades na unidade e fora dela, em conjunto com a comunidade, para que estas, num novo patamar de integralidade, superem a visão restrita da saúde como sinônimo de consulta médica, exames e medicamentos.

A humanização, assim compreendida, pode contribuir para a atribuição social de sentidos e finalidades ao princípio da integralidade na atenção básica, favorecendo uma contraposição à tendência restritiva das políticas públicas mínimas na área da saúde, agrupando interesses num projeto de defesa do direito à saúde.

Esse processo não se viabiliza sem adequadas práticas e tecnologias comunicacionais. Comunicação e vida social são interdependentes. É uma necessidade básica do ser social interagir socialmente por meio de transmissão de mensagens sobre padrões de vida, culturais, modos de pensar, crenças, valores, hábitos, orientação, conselho.

A comunicação na saúde, especialmente na atenção básica, é fundamento para os profissionais de saúde como um arsenal necessário de ferramentas a ser utilizada no trabalho diário.

Diretrizes – Humanização nos Serviços e Comunicação

- Implantar o lay out padrão nas UBS, com padronização da pintura externa e instalação de placa de identificação padronizada, afixada em local visível.
- Identificar os setores internos da UBS com sinalização adequada e de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultório e outros).
- Instituir uniformes e crachás de identificação dos profissionais.
- Funcionar, salvo exceção, de segunda a sexta, das 7h às 19h, e aos sábados das 7h às 14h.
- Estruturar e formalizar o funcionamento da Ouvidoria
- Implantar o Totem na recepção para coletar a opinião dos usuários.
- Ampliar a participação dos profissionais no planejamento e no gerenciamento das unidades, debatendo a situação da organização dos serviços e as prioridades de mudança.
- Desenvolver ações de formação e capacitação, propiciando espaço de reflexão da ação, transformando o conhecimento apreendido em prática, contribuindo para que as mudanças organizacionais e os processos de trabalho possam ser repactuadas a partir da realidade local.
- Implementar o Programa “Jovem SUS” como orientador de público
- Utilizar impressos com padronização instituída pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para todas as atividades desenvolvidas, inclusive para coleta de exames laboratoriais.
- Assegurar a acessibilidade para pessoas com deficiência, em consonância com a legislação vigente.
- Garantir atendimento ininterrupto de todas as atividades ofertadas pela UBS (consultas médicas e de enfermagem, vacinação, entre outros) durante todo o seu período de funcionamento.
- Reestruturar o funcionamento da recepção limitada a uma ação burocrático-administrativa por uma recepção técnica e humanizada, assegurando o acolhimento humanizado, que possibilite melhor condição ao trabalhador da saúde para dialogar, escutar o problema que motivou a pessoa a procurar o serviço e, assim, definir, em conjunto com ela, a continuidade do seu cuidado.

IV. Acesso com qualidade

Acessibilidade aos serviços de saúde pode ser analisada de acordo com distintas abordagens: geográfica, representando não só a distância a ser percorrida, como também as barreiras geográficas a serem transpostas; funcional (horário de funcionamento, qualidade da atenção, disponibilidade de instalações e de profissionais, tipos de programas e ações de saúde oferecidos); cultural (inserção dos serviços nos hábitos e costumes da população) e a aceitabilidade dos usuários.

Os pressupostos, para que se ofereça aos cidadãos acesso com qualidade nas UBS são: existência de adequada estrutura física, equipamentos, equipe de profissionais capacitada e que compreenda a necessidade de reestruturar o processo de trabalho no serviço, conhecendo e incorporando as expectativas e necessidades dos usuários. É preciso sistematizar as ações, de modo a reduzir ao mínimo as etapas burocráticas e necessidades de deslocamentos para o consumo de serviços. Dificuldades e obstáculos para ser atendido na unidade resultam em longos e repetidos momentos de espera e sensação de abandono. O processo de trabalho começa, portanto, no primeiro contato das pessoas com o serviço, na forma como a unidade está organizada para receber e incluir as pessoas que a procuram com suas necessidades. Não é possível admitir que a recepção em balcão dispense pessoas sem acolhimento. Essa incapacidade de escuta é um dos principais problemas que resultam em dificuldades de inclusão das pessoas, segundo sua necessidade de cuidado.

Nesse sentido, o estabelecimento de mecanismos que assegurem o acesso e o acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento desses serviços, que parte do princípio de que a UBS deva receber e ouvir todas as pessoas que a procuram, de modo universal e sem exclusões.

O serviço de saúde deve organizar-se para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta adequada, sendo capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, minorar danos e sofrimentos e responsabilizar-se pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Essa proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, trabalho em equipe multiprofissional e resolutividade são fundamentais para a efetivação da ABS como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção. Portanto, o acolhimento não deve ser apenas um lugar de escuta, triagem de risco e encaminhamento, mas um espaço onde usuário e trabalhador estabelecem vínculos de seguimento e referência.

A organização da porta da unidade, isto é, do primeiro contato estabelecido entre a equipe e o usuário é decisiva. Consideramos como atividades vinculadas a esse primeiro contato: equipe de orientação interna a ser desenvolvida com o Programa Jovem SUS, a Recepção Administrativa (fluxo) e a Recepção Técnica Acolhedora, com a necessária resposta inclusiva ao não agendado e sua repercussão no processo de trabalho e manejo da agenda da unidade.

IV.1 - Jovem SUS (acolher, informar e orientar)

O Programa Jovem SUS apresenta-se como uma das ações para o processo de humanização da assistência na atenção básica e no conjunto da rede de saúde. Busca propiciar estratégias de informação e formação de bolsistas, para que tenham a possibilidade de atuar e participar na superação dos entraves cotidianos, especialmente no auxílio ao fluxo dos usuários dentro dos estabelecimentos de saúde, proporcionando informações e orientações sobre: serviços ofertados, incluindo a assistência farmacêutica; horários das atividades; documentações necessárias para acesso a determinadas demandas; distribuição interna dos setores; e outros. Devem, primordial-

mente, ficar lotados na recepção, participando, dessa forma, da gestão local de filas, escutando distintas expectativas e promovendo as devidas orientações e encaminhamentos.

A implantação do Programa Jovem SUS visa a aprimorar a qualidade do atendimento ao usuário e contribuir para humanizar o atendimento, melhorando a comunicação e a qualidade do serviço ofertado. Será viabilizado por meio da oferta de convênio estabelecido com universidades públicas e privadas, buscando articular programas federais de incentivo à formação e à qualificação profissional, tais como Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde), PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde), ProUni (Programa Universidade Para Todos), FIES (Fundo de Financiamento Estudantil) e outros.

Uma oportunidade adicional para este Programa é a interação com a população mais jovem do território, criando novas formas de identificar e responder às necessidades específicas deste grupo, em particular no campo da prevenção e da promoção da saúde. Esses conteúdos serão objeto do processo de educação permanente do Programa Jovem SUS.

O Programa possibilita, também, ao jovem participante formação cidadã para a sua atuação futura, independente da sua área de atuação.

IV.2 - Recepção administrativa

A recepção administrativa tem como missão orientar e direcionar os usuários de acordo com as suas necessidades. São atribuições do setor:

- Receber o usuário respeitando seus direitos e necessidades;
- Elaborar e atualizar o cadastro do usuário no SIGA;
- Emitir o Cartão SUS quando necessário;
- Efetuar a matrícula dos usuários pertencentes às áreas de abrangência da UBS, incluindo os que moram, trabalham ou estudam na área da UBS;
- Garantir agilidade no atendimento e efetividade nas ações;
- Orientar e encaminhar o usuário diretamente para a área de atendimento específica onde será realizada a consulta, vacina, coleta, atividades em grupo, dispensação de medicamentos, para o Acolhimento ou outro atendimento ou procedimento conforme a Agenda e/ou necessidade apresentada;
- Manter os arquivos atualizados e organizados;
- Controlar, carimbar e distribuir impressos;
- Agendar consultas e exames por meio eletrônico;
- Orientar quanto ao funcionamento da rede de serviços;
- Levantar e arquivar prontuários, exames e outros;

Os usuários dos serviços de saúde apenas deverão ser dispensados após receber orientação adequada à sua solicitação, com as informações e os encaminhamentos corretos.

IV.3 – Recepção Técnica Acolhedora

O termo Acolhimento deve ser tratado como postura acolhedora da equipe e como processo de trabalho orientado para assegurar uma escuta técnica qualificada para o acesso. Dever ser desenvolvido, portanto, no seu duplo significado:

- Um valor geral necessário a todos os trabalhadores da saúde, uma forma de atuar respeitosa e aberta para ouvir o outro e ainda o reconhecimento do usuário como portador de um direito social. Tal valor vem sendo desenvolvido na ação dos Comitês de Humanização Regionais como uma postura comum a todos os envolvidos no cuidado em saúde
- Uma atividade concreta e sistemática, realizada em área específica que estabelece como o serviço dialoga com o usuário para a tomada de decisão sobre a continuidade do cuidado, conforme necessidade, estruturada na Recepção Técnica Acolhedora (RTA).

É missão de a RTA viabilizar uma conversa individual com o usuário, de modo a valorizar a escuta do motivo da procura do serviço, garantindo seu acesso aos cuidados necessários. A RTA pode e deve resolver diretamente algumas questões, como as situações previstas nos protocolos de enfermagem; troca ou atualização de receitas, exames, queixas sanitárias; orientações gerais; encaminhamentos para outros serviços; ou direcionamento para as retaguardas:

- Retaguarda imediata: consulta de enfermagem, médica, odontológica, psicológica, visita domiciliar, ou procedimentos como sutura, aferição de pressão, curativos, inalação, vacina, etc.
- Retaguarda mediata: consultas e atendimentos agendados, programas, grupos, ações de promoção e prevenção na comunidade, ações intersetoriais, ações de vigilância em saúde, referências externas.

Especialmente em relação ao não agendado, é essencial que os profissionais da RTA utilizem o prontuário do paciente, permitindo o conhecimento da história desta pessoa e compreendendo em que circunstâncias surgem estas novas demandas, para que se efetive um atendimento de qualidade, com continuidade do cuidado. Para tanto, é necessário estruturar a unidade com capacidade para responder, quando necessário, com uma ação imediata, o que inclui como ponto crítico a oferta de consultas médicas, em apoio a RTA. Tal necessidade tem que ser equacionada com as definições de papéis dentro da equipe e no manejo da agenda, de modo a possibilitar uma oferta que dê conta da demanda não agendada.

IV.4 - Agendamento

A agenda da UBS Integral deverá ser organizada na perspectiva da atenção integral, adequando-se às necessidades de saúde identificadas no perfil epidemiológico local (demografia, raça/cor, doenças mais prevalentes no território). Deve contemplar as fases do ciclo de vida, as principais linhas de cuidado e ações programáticas das redes de atenção, procurando assegurar continuidade do cuidado e vínculo, e tendo como base protocolos clínicos estabelecidos pela SMS.

As mudanças apresentadas na gestão das agendas deverão ser incorporadas ao Sistema Integrado de Gestão Ambulatorial - SIGA, com o objetivo de unificar paulatinamente o processo de trabalho das UBS Integral e o registro dos dados, considerando os diferentes sistemas de informações, incluindo a plena utilização do prontuário eletrônico.

Estruturação da agenda:

- Consulta agendada: são consultas que constituem ações programáticas individuais, direcionadas para as diferentes fases do ciclo de vida, ou para determinadas doenças e agravos, as quais necessitam de um acompanhamento contínuo, mas não imediato.
- Consulta - Reserva técnica: fazem parte das ações de cuidado continuado. Serão utilizadas pelos hospitais, assim como PS/AMA, e ainda para grupos específicos, tais como puérperas e recém-nascidos (RN), hipertensos instáveis, sem acompanhamento.
- Consulta não agendada: atendimento imediato após o atendimento realizado na RTA e segundo as definições das condições e situações analisadas e encaminhadas para a retaguarda imediata.

Critérios para estruturação das agendas:

- Utilizar o SIGA para todos os atendimentos realizados na UBS e atualizar de forma permanente os dados relacionados aos profissionais (horas ambulatorial, outras) e aos serviços ofertados e acompanhar o absenteísmo de todas as consultas e procedimentos agendados;
- Definir o quantitativo de consulta de 1ª vez e retornos, que assegure o cuidado, de acordo com os protocolos vigentes e a realidade do território. Definir estas vagas dinamicamente de acordo com a necessidade de cada UBS.
- Disponibilizar vagas para o pronto-atendimento nas UBS. Os casos emergenciais identificados pela RTA devem ter os atendimentos realizados em tempo oportuno, de acordo com a avaliação do caso. A UBS tem que atender todos os casos de pronto atendimento identificados na RTA, priorizando de acordo com a vulnerabilidade.
- Disponibilizar vagas para a reserva técnica, com o objetivo de incluir e dar continuidade ao cuidado aos usuários egressos de outros pontos de atenção (Hospitais, Prontos-Socorros e Ambulatórios de Especialidades).
- Agendar 2 a 3 consultas por hora e reservar 1 a 2 vagas para demanda não agendada e reserva técnica, escalonado hora a hora, ou flexibilizada de acordo com a realidade local. As vagas dos faltosos deverão ser preenchidas pela procura do dia.
- Agenda dos profissionais: 70% da carga horária para atendimento individual e 30% para outras atividades, que incluem atendimento em grupo, vigilância em saúde, assistência domiciliar, educação permanente da equipe e reuniões.
- O agendamento de consultas deverá ser diário, permanente, sem data de aberturas e fechamentos de agendas, não ultrapassando 90 dias até o efetivo atendimento.
- Os retornos agendados deverão ser a critério dos profissionais e das equipes, respeitando os protocolos preconizados para cada prioridade.

IV.5 – Regulação na Atenção Básica

A Regulação em Saúde visa a equacionar o fluxo dos pacientes entre os diversos níveis de complexidade no sistema municipal de saúde, garantindo a integralidade do atendimento do usuário.

Com ordenadora do cuidado, na AB faz-se necessário garantir o papel do regulador local, ou seja, um profissional de saúde da AB (médico ou enfermeiro) tecnicamente capacitado na unidade para identificar, quantificar, analisar, discutindo em encontros locais os encaminhamentos realizados pelos profissionais da equipe da unidade, sob a luz dos protocolos de regulação do acesso e clínicos baseados em evidências. Estas discussões entre os profissionais de saúde solidárias devem ser incorporadas nas rotinas da unidade e programadas pelo gerente da unidade.

A regulação busca realizar a gestão da fila in loco envolvendo a equipe assistencial da unidade para a discussão da pertinência e priorização de casos e assim garantir a coordenação do cuidado a partir da regulação das vagas que inclui também agendamento para o acesso de consultas e exames de apoio diagnósticos especializados de maneira qualificada e racional, promovendo o estreitamento das relações entre a RAEA e Atenção Básica (AB), visando a garantir a longitudinalidade do cuidado.

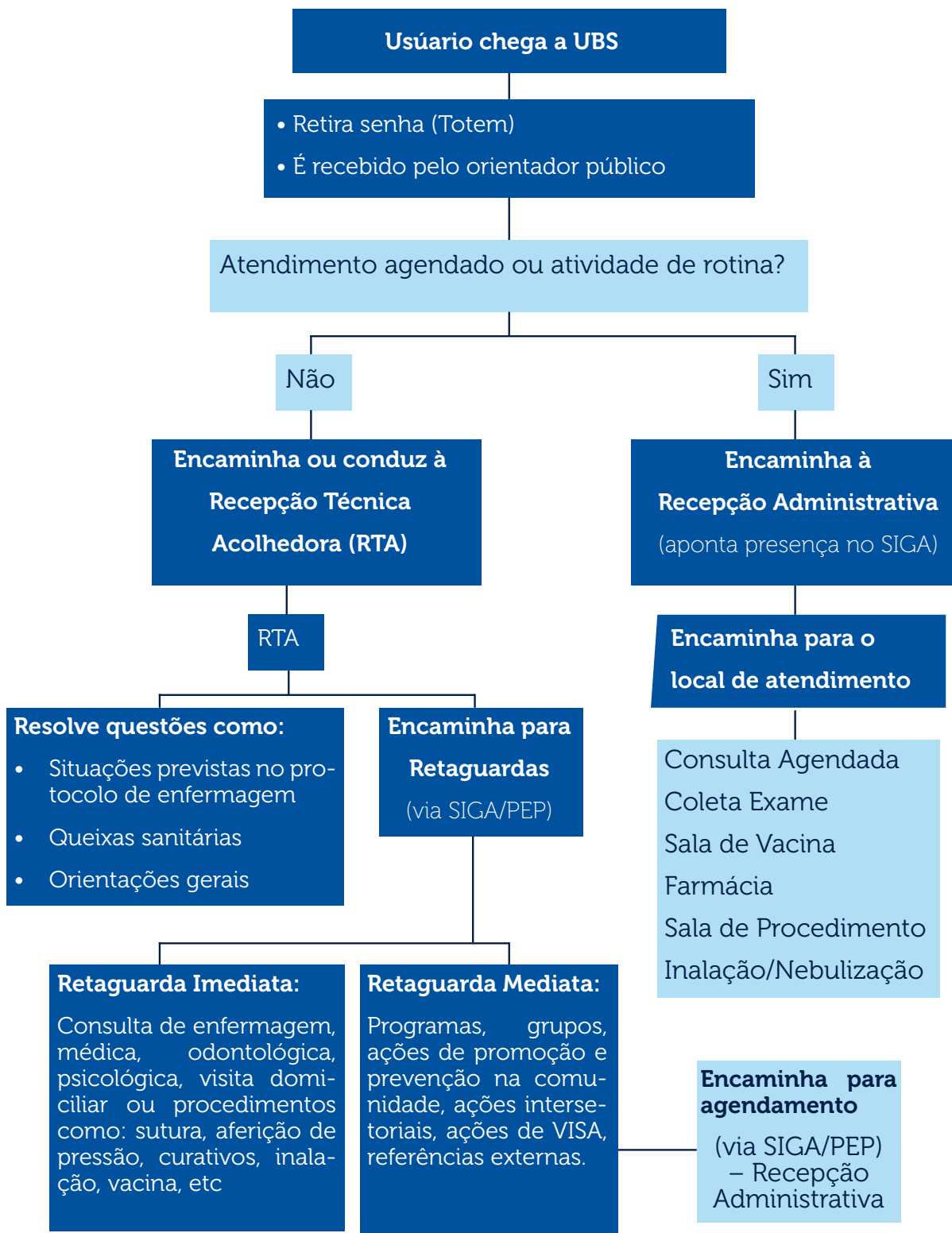
O MSP faz uso do SIGA-saúde, um sistema informatizado de regulação que possibilita a unidade básica acessar todos os recursos disponíveis no município, através de agendamento direto pela unidade ou de solicitação de recursos regulados por médicos reguladores em níveis regional ou central, a depender da complexidade e disponibilidade do recurso desejado. Além dessa funcionalidade, a unidade também organiza e torna transparentes seus próprios atendimentos, através da utilização da agenda local disponibilizada neste sistema informatizado.

A regulação local pode se apoiar em ferramentas como o Telessaúde, que possui um papel importante, uma vez que a tele consultoria pode permitir o contato e a troca de informações entre os profissionais de AE e AB, com adequada priorização do encaminhamento e a aderência a protocolos baseados em evidências.

Perfil desejado do profissional de saúde para exercer o papel de **regulador local na AB**:

- Utilizar sua competência técnica para discernir o grau presumido de prioridade de cada caso, baseado em critérios clínicos com ênfase nos protocolos de regulação;
- Verificar as pertinências das solicitações locais, por meio da análise dos encaminhamentos dos médicos locais, discutir com o corpo clínico local em espaços coletivos as solicitações em desacordo;
- Apontar necessidades de implantar, atualizar e pactuar a implementação de protocolos de regulação do acesso nas especialidades médicas e exames de apoio diagnóstico e terapêutica, que visam a qualificar o acesso.

Figura 2: Esquema básico do acesso do usuário à UBS.



Diretrizes – Acesso com Qualidade

- Implantar o Programa Jovem SUS
- Reestruturar a Recepção Administrativa
- Estruturar Recepção Técnica Acolhedora, incluindo a disponibilização de espaço específico e adequado para uma conversa individual e reservada.
- Capacitar profissionais para a escuta, análise de problemas e orientação sobre as possibilidades do cuidado do usuário na unidade e em outros pontos de atenção da rede.
- Envolver toda a equipe da unidade neste tipo de atividade e oferecer supervisão permanente para apoiar os profissionais que a desenvolvem.
- Organizar as retaguardas de atendimento, em correspondência à atividade de priorização da Recepção Técnica Acolhedora.
- Estruturar o processo de agendamento de modo a garantir a agenda programada, não agendada identificados e a reserva técnica.
- Reservar vagas para demanda não agendada, definindo, quando necessário, um médico, a cada dia/ semana para dar retaguarda a estes atendimentos;
- Manter atividade diária e permanente de agendamento, sem data de aberturas e fechamentos de agendas;
- Agendar de acordo com orientação dos profissionais e equipes, respeitando os protocolos preconizados e as particularidades de cada local;
- Registrar todos os comparecimentos e atendimentos no SIGA.

V. Principais Atividades Individuais e Coletivas na Atenção Básica

A atenção básica deve ocupar posição nuclear na organização da rede de atenção no MSP, pela proximidade com as necessidades de saúde da população, pela responsabilidade que deve assumir na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e sociais. Deve estruturar-se, portanto, de forma a desenvolver um processo de trabalho que compreenda o cidadão como sujeito de direito e que promova a articulação de saberes e práticas multiprofissionais, o vínculo e a responsabilização com porta aberta aos usuários e seus problemas de saúde. Assim, é tarefa fundamental qualificar a atenção básica, fortalecendo a equipe e organizando a UBS Integral no MSP para:

- Realizar uma assistência básica integral e contínua.
- Incluir o atendimento à demanda não agendada médica, odontológica e de enfermagem.
- Articular a rede de atenção para a integralidade.
- Desenvolver as ações de promoção, prevenção e intersetoriais, tendo como referência as RAS.
- Estabelecer ações de apoio ao autocuidado.

A concretização do princípio da integralidade precisa superar o entendimento da rede básica como sinônimo de equipe mínima, simplificada, com baixa resolubilidade, sem trabalho de equipe multiprofissional, incapaz de acolher as pessoas e de assumir a responsabilidade pela saúde da população de uma área, oferecendo cuidados integrais e contínuos.

Nesse sentido, deve ser estruturado em cada UBS Integral um conjunto de atividades e ações, incluindo as de vigilância em saúde, sempre respeitando o conhecimento da realidade local, mas procurando avançar na concepção do básico articulado com a integralidade e na estruturação das RAS.

Diretrizes - Principais Atividades Individuais e Coletivas na Atenção Básica

- Desenvolver ações de promoção da saúde de forma intersetorial e com a comunidade;
- Prestar atendimento à pessoa de forma integral, com porta aberta, com ação interdisciplinar, para resolver a maioria dos problemas de saúde da população;
- Estabelecer ações de apoio ao autocuidado;
- Estabelecer, em todas as UBSI, sistemática permanente de atendimento do não agendado, integrando as ações atualmente realizadas nas AMA. Toda UBSI deverá incorporar, reorganizar e oferecer a ação atualmente desenvolvida pelas AMA, garantindo o atendimento mediante o uso do prontuário, possibilitando qualidade da assistência e continuidade do cuidado, pondo fim à prática da queixa-conduta.
- Fortalecer e valorizar as equipes das UBS para transformá-las em UBSI. Completar o quadro profissional das UBS e equipes de saúde da família. Retomar a atividade de médicos gineco-obstetras, clínicos e pediatras, em conjunto com os generalistas, incorporando-os aos processos de trabalho da unidade, valorizando a atividade de todos os profissionais com a comunidade e responsabilização por seu território.
- Incorporar os profissionais e as atividades assistenciais atualmente executadas pelos NASF, de forma permanente, em cada uma das UBSI, de acordo com sua situação local e porte, visando à integralidade e maior resolução dos serviços básicos de saúde;
- Disponibilizar equipe qualificada para atenção integral à saúde das pessoas em cada fase do ciclo de vida, em especial os idosos e as pessoas com deficiência e também as populações mais vulneráveis;
- Qualificar e preparar toda a equipe da UBSI para a atenção integral à saúde do idoso e das populações mais vulneráveis e ampliar as ações do Programa Acompanhante de Idosos em sua área de abrangência.
- Implementar na UBSI a saúde bucal com atenção modular multiprofissional e oferecer ações de promoção da saúde bucal nas escolas e comunidade.
- As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, exercícios corporais, Liang Gong; Medicina Tradicional Indiana – Yoga; Homeopatia; Fitoterapia e Plantas Medicinais);
- Incorporar a atenção domiciliar aos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção até as UBS para dar continuidade aos seus cuidados em saúde.
- Criar sistemática a fim de assegurar, sempre que necessário, que haja a continuidade do cuidado, operando na UBSI um sistema de regulação local.
- Viabilizar o acesso para continuidade do cuidado em outras unidades da rede assistencial, quando necessário;
- Ampliar o acesso aos serviços especializados contribuindo com a reorganização e operação do complexo regulador, visando a reduzir os tempos de espera por exames e consultas especializadas.
- Ampliar as ações de promoção à saúde com a comunidade em articulação intersetorial, organizando atividades conjuntas, especialmente, com as áreas de esporte, lazer, cultura, educação, assistência social e meio ambiente.
- Recuperar e adequar à área física das atuais UBS, contemplando todas as atividades previstas, incluindo a assistência ao não agendado e proporcionando, também, ambiência humanizada na UBSI.
- Adotar formas de jornada de trabalho médico que possibilite a composição da jornada em diferentes tipos de serviço, na sua base territorial de atuação.
- Desenvolver iniciativas locais que visem a implantar novas atividades em dias e horários fora do expediente da Unidade, de comum acordo com a população da área, STS e o Conselho Gestor.
- Organizar as ações de notificação, investigação e execução das medidas de controle das doenças e agravos de notificação compulsória, assim como garantir a qualidade das informações registradas nos sistemas vigentes (oportunidade, completude e consistência).
- Investigar, orientar e deflagrar as medidas pertinentes ao controle das doenças e agravos.
- Colaborar com os comitês regionais de investigações de casos ou óbitos de agravos de interesse definidos pelos diferentes níveis do sistema, de acordo com os protocolos estabelecidos (mortalidade materna, mortalidade infantil, transmissão vertical, óbitos por tuberculose, sífilis, entre outros, como acidente grave e fatal em menor de idade).
- Garantir o cumprimento das normas técnicas do Programa Municipal de Imunização nas salas de vacina, acompanhar o levantamento dos faltosos e fazer a vigilância da cobertura vacinal e da taxa de abandono na área da UBS.

VI. Gestão da informação

Desde 2013, a SMS tem se dedicado à rearticulação dos sistemas de informação e consolidação do Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA), em especial com o desenvolvimento do Módulo - Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

O SIGA é uma grande conquista da administração pública municipal por promover uma transformação de grande magnitude na modernização da gestão. Trata-se de um sistema online, implantado em todos os estabelecimentos da rede municipal, modular e livre de licenças. Para sua operacionalização criou-se infraestrutura de hospedagem na PRODAM e links de comunicação em todas as unidades de saúde.

Esse sistema agiliza o acesso da população aos serviços (consultas e exames), identifica e viabiliza informações sobre os usuários, disponibiliza informação para a tomada de decisões e maior controle dos recursos aplicados.

Para o desafio de ampliação do acesso, compreendendo a UBS como estabelecimento com característica de “porta aberta”, é estratégico que todas as vagas de consultas médicas disponibilizadas no SIGA (caso novo, retorno e reserva técnica) sejam utilizadas em sua totalidade. A perda primária (vagas livres entre as disponibilizadas) deve ser monitorada, visando a atingir resultados próximos a “zero”.

Quanto ao absenteísmo, trata-se de um importante indicador no sentido de monitorar a produtividade e evitar possíveis ociosidades do serviço. Para o cálculo deste indicador, devem-se utilizar os status de agendamentos do SIGA, onde as opções finais devem ser “atendido” ou “não atendido”. Todas as estratégias para a melhora da performance dos serviços devem ser estimuladas, de modo a atingir a meta de absenteísmo entre 10% a 15%.

Em relação ao “Prontuário Eletrônico do Paciente” foi desenvolvido o módulo que permitirá o registro do atendimento pelos profissionais de saúde no momento em que ocorrem e articulado com outros sistemas complementares existentes: GSS (Gestão de Sistemas em Saúde) - dispensação de materiais e medicamentos, controle de estoque e abastecimento; Matrix - Software de gestão de serviços de apoio diagnóstico laboratorial de análises clínicas; I/CAD - Sistema de chamadas, ocorrências e despachos com geoprocessamento do SAMU; AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários) – sistema de gestão hospitalar, em implantação na Rede Hospitalar Municipal.

Para integrar os sistemas mencionados está sendo utilizado um sistema integrador, acessado por meio do SIGA. Tal sistema permite, pela primeira vez no MSP, a disponibilização de um conjunto de informações para melhor assistência aos usuários e maior racionalidade das atividades e dos recursos ofertados.

A Portaria 372/2014 SMS.G torna obrigatório o uso do módulo Registro de Atendimento Completo do SIGA nas unidades da Rede Ambulatorial de Saúde a serem informatizadas, inclusive nos consultórios e salas de procedimento.

Há outros sistemas de informação do SUS que também precisam ser devidamente alimentados, inclusive para preservar a qualidade das informações existentes no SIGA, sendo aqui relacionados os de preenchimento obrigatório:

- Manter atualizados, de acordo com as normas e prazos estabelecidos, os sistemas de informação do SUS como: a) CNES, incluindo Cadastro dos profissionais que compõem a equipe de Atenção Básica de acordo com as normas vigentes e com as cargas horárias de trabalho informadas e exigidas para cada modalidade; b) Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS, c) Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; d) SIGA-Saúde – Mãe Paulistana – SISPRENATAL;

- Manter atualizados outros sistemas de informação implantados no âmbito da SMS-SP, como por exemplo, o Índice Diário de Médicos.
- Garantir a completitude e qualidade dos dados inseridos nos sistemas de informação em uso e respeitar os fluxos vigentes, encaminhando as informações e as alterações conforme instruções e prazos previstos em legislação específica, para atender a diferentes necessidades como processamento / faturamento; análise do perfil da clientela, análise da morbidade atendida, análise da produção assistencial, incluindo a produção das equipes de ESF e de EACS, entre outros.

Além disso, visando a estimular o uso da informação pelos profissionais da ABS, de modo a orientar o planejamento da UBS e o conhecimento do seu território, estão disponíveis tabuladores como o TABNET (<http://www.prefeitura.sp.gov.br/tabnet>) e o TabWin, desenvolvidos pelo DATASUS para tabulação das bases de dados SUS. Também estão disponibilizados no portal da SMS os aplicativos Painel de Monitoramento da Situação de Saúde e da Atuação dos Serviços da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (ferramenta de gestão que permite o acompanhamento contínuo e oportuno da atuação da SMS-São Paulo sobre as prioridades da política de saúde municipal) e o Perfil Dinâmico da Saúde no MSP (aplicativo em rede PRO-DAM e interface WEB, com atualização periódica de bases de dados e indicadores).

VII. Monitoramento e Avaliação

Avaliação e monitoramento são etapas essenciais do processo de planejamento e administração. São componentes da capacidade de gestão que possibilitam a tomada de decisão de maneira mais racional e atenta aos problemas enfrentados, permitindo, também, maior condição para a participação e o controle social.

Considerando a natureza da tomada de decisão, a avaliação é aqui entendida, como um conjunto de atividades, desenhadas sequencialmente, para determinar o valor ou o mérito de um programa, projeto ou intervenção. É um processo que procura determinar periodicamente e de maneira sistemática e objetiva, a relevância, a eficácia e a eficiência destas atividades à luz de seus objetivos.

O monitoramento é uma atividade que privilegia as equipes e gestores próximos à tomada de decisão e tem um caráter interno e gerencial. Sua realização deve acontecer de forma oportuna, muito próxima ao período de execução das ações. Oferece uma sinalização de possíveis erros e falhas e permite uma apreciação continuada e sintética tendo, como efeito esperado, o fortalecimento da capacidade de gestão.

São fundamentais a estruturação e a manutenção de sistemática permanente de avaliação e monitoramento que contribua para o **redesenho da organização** da ABS e que possibilite verificar se estão sendo alcançados os resultados pretendidos no que se refere à melhoria dos processos de trabalho, do desempenho dos serviços prestados e das condições de saúde da população.

Considerando a importância desses componentes da capacidade de gestão, sugerem-se instrumentos, elenco de indicadores e que se desenvolvam processos participativos para o monitoramento e avaliação local de cada uma das UBS.

VII.1 - Monitoramento

Para o monitoramento das ações da Atenção Básica, a proposta é de uma atividade continuada e utilizando-se como apoio um instrumento gerencial “Formulário de observação e análise coletiva do processo de trabalho da UBS” (Apêndice 4.1) e um elenco de “Indicadores para o Monitoramento dos serviços da Atenção Básica” (Apêndice 4.2), oriundos das bases de dados do SUS municipal. Vários indicadores deste elenco já se encontram disponíveis no aplicativo do Painel de Monitoramento da SMS e outros estão em fase de incorporação. Porém todos os indicadores podem ser calculados por meio das bases de dados disponíveis no MSP.

1. Formulário de observação e análise coletiva do processo de trabalho da UBS

Trata-se de um instrumento gerencial, apresentado no (Apêndice 4.1), que fixa um conjunto inicial de critérios que visam a acompanhar a organização da UBS, segundo as diretrizes do modelo proposto. A sua utilização permitirá estabelecer um processo que privilegia um olhar mais vivo de um conjunto de critérios, com a participação da equipe na observação, discussão e pontuação dos critérios propostos.

O conjunto de critérios proposto no formulário visa a organizar um processo ativo de observação e análise dos aspectos estruturantes do processo de trabalho: população adscrita por UBS, cobertura referente às ações programáticas (pré-natal, puericultura, vacinação e outras), constituição da equipe de profissionais de saúde, características relacionadas ao acesso e organização da assistência (acolhimento, agendamento, atuação da enfermagem), atendimento ao não agendado, grupos educativos, ações na comunidade, existência e atuação de conselho gestor na unidade. São 10 itens assim organizados: 1. Acolhimento, 2. Organização do agendamento, 3. Equipe multiprofissional, 4. Equipe de enfermagem, 5. Equipe médica, 6. Organização da assistência, 7. Cobertura da assistência na área/UBSI, 8. Organização geral do serviço, 9. Gestão e participação, 10. Organização do sistema municipal.

Este instrumento, que sintetiza e se articula com as diretrizes fixadas para o processo de reorganização e fortalecimento da atenção básica, deverá ser aplicado trimestralmente com participação e apoio da STS, da equipe da UBS e do Conselho Gestor respectivo. Os resultados obtidos deverão ser amplamente debatidos com a equipe e com o Conselho Gestor da UBS, visando ao enfrentamento dos problemas que venham a ser detectados.

2. Indicadores para o Monitoramento dos serviços da Atenção Básica

A partir de um elenco de indicadores disponibilizado no Apêndice 4.2, as equipes e gestores terão a oportunidade de acompanhar mensalmente a situação e o desempenho das prioridades relevantes ao modelo assistencial da Atenção Básica.

Os indicadores contemplam as diretrizes e prioridades estruturantes dos processos de trabalho na atenção básica e apoiarão o processo ativo proposto pelo Formulário de Observação e Análise. São 29 indicadores organizados em três eixos: Vigilância e Controle de Doenças, Assistência à Saúde e Fortalecimento da Capacidade de Gestão.

Merece destaque o indicador - Número de atendimentos de eventos sensíveis à atenção básica, por UBS de referência, ocorridos nos serviços de urgência, que está baseado no conceito de “eventos sentinela”. Este termo tem sido aplicado para eventos que podem servir de alerta aos profissionais da saúde a respeito da possível ocorrência de agravos potencialmente preveníveis.

Na gestão de serviços e sistemas de saúde, são conceituados como algo que não deveria ocorrer se os serviços de saúde funcionassem adequadamente. Com isso, serão inicialmente acompanhados os atendimentos ocorridos nas unidades de urgência para o cuidado de determinados eventos, previamente selecionados, por meio de um grupo de causas primárias e secundárias da Classificação Internacional de Doenças (CID10) registradas no SIGA-Saúde, considerando a UBS de referência dos atendidos. Essas ocorrências, escolhidas por estarem mais imediatamente relacionadas às falhas ou insuficiências dos serviços básicos, se convertem em indicadores para apoio dos gestores locais no monitoramento da rede básica de saúde, em especial para acompanhar as mudanças pretendidas com a proposição da UBSI. Acrescenta-se também a este monitoramento de ocorrências em urgência, indicadores que propiciam um acompanhamento dos diferentes aspectos de acesso e efetividade e resolutividade da atenção básica.

VII.2 - Avaliação

Tendo como referência o Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS) e as diversas etapas do processo de trabalho em saúde como orientadores dos processos de avaliação, foram selecionadas quatro dimensões norteadoras, capazes de orientar a construção de significados para os indicadores, proporcionando a ampliação da análise segundo diferentes aspectos. No **quadro 2**, estão descritos os conceitos das dimensões - acesso, continuidade, adequação ao modelo e efetividade, utilizadas para a organização dos indicadores para avaliação.

Quadro 2: Dimensões norteadoras e conceitos para processos de avaliação.

Acesso	Capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado
Continuidade	Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre os diferentes níveis de atenção
Adequação ao modelo	Grau em que as ações realizadas estão baseadas no modelo proposta de UBS integral
Efetividade	Grau em que a assistência, serviços e as ações atingem os resultados esperados

No Apêndice 4.3 encontra-se uma listagem de indicadores propostos para avaliação dos serviços da Atenção Básica. Estes indicadores permitirão identificar, numa análise anual, a situação presente dos serviços na perspectiva do que foi planejado e alcançado no período, bem como apoiar na construção de uma imagem-objetivo facilitando assim o planejamento das futuras ações.

VIII. Participação popular e controle social

A participação da comunidade e o controle social nas ações e serviços públicos de saúde, atuando na formulação e no controle da execução destes, estão previstos como um dos princípios do SUS, no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal de 1988. Na Atenção Básica os usuários participam por meio de Conselhos Gestores de Unidade - espaço privilegiado para o exercício do controle social tem o papel de formular, acompanhar e avaliar a política de saúde.

Todos os estabelecimentos de saúde devem constituir o Conselho Gestor, conforme determina a legislação específica (Lei federal 8.142/90, Lei municipal 13.325/02 e Decreto 42.005/02). O processo de eleição, composição do conselho, divulgação dos resultados, organização, frequência e registro das reuniões estão definidos na legislação acima citada e nos regimentos e estatutos dos Conselhos Gestores.

A 17ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2013, aprovou como uma das suas resoluções: "... a transformação gradativa de todas as UBS no modelo UBS Integral". Diversas ações já foram desenvolvidas para contribuir para a divulgação e operacionalização do UBS Integral como:

- Atividades junto ao Conselho Municipal de Saúde para apresentação sobre a Atenção Básica na Comissão Executiva e de Políticas
- Visita organizada às UBS Integral para conhecimento in loco
- Produção do Vídeo para ilustrar o funcionamento das UBSI já instaladas
- Elaboração de folder informativo
- Elaboração de conteúdo sobre UBSI no Portal da SMS

Outros canais de comunicação estabelecidos com a população são:

- Implantação do **Totem Eletrônico** que disponibiliza senha de acesso aos serviços prestados pela unidade, permite o registro de satisfação em relação ao atendimento e possibilita aos gerentes das unidades avaliar e fazer as alterações necessárias para qualificar e aperfeiçoar os serviços oferecidos.
- Implantação de **Ouvidoria** em cada UBS para atender as demandas e reclamações, devendo toda equipe estar preparada para ouvir e orientar os usuários que necessitem fazer uso da mesma.

Estes dois canais se configuram como instrumentos importantes para melhor avaliar o desempenho das atividades das Unidades.

TERRITORIALIZAÇÃO E O PERFIL DA POPULAÇÃO

- Reconhecer a necessidade de um modelo de organização que esteja mais próximo das pessoas e da coletividade, capaz de intervir de forma mais resolutiva e integrada.
- Considerar a equidade como princípio para definição das prioridades a serem encaminhadas no processo de organização da atenção à saúde.
- Assegurar o acesso à UBS Integral a todas as pessoas da área de abrangência, eliminando obstáculos no território sob responsabilidade da unidade, redefinindo território de atuação e a população sob sua responsabilidade.
- Desburocratizar e adaptar a UBS/ESF para o grande centro urbano – “adscrição sem proibição”. Moradores das áreas de divisas entre unidades, trabalhadores e estudantes podem optar por se matricular na UBS de mais fácil acesso, inclusive por local de atividade.
- Programar e implementar as atividades de acordo com as necessidades de saúde da população, levando em conta os indicadores de saúde, adotando linhas e rede de cuidados, tais como Rede Cegonha, Linha de Cuidado de Sobrepeso e Obesidade, Tuberculose, Bucal, Mental, Hipertensão e Diabetes, DST/aids.
- Considerar ações de enfrentamento às causas externas de morbimortalidade.
- Implementar ações para promover um envelhecimento ativo e saudável.
- Desenvolver ações que priorizem os grupos e os fatores de risco clínico-sociais, alimentares e ambientais, para prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis.
- Atuar na promoção da saúde de forma intersetorial e com a comunidade, propiciando atividades conjuntas, especialmente, com as áreas de esporte e lazer, cultura, educação, assistência social e meio ambiente.
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença e cuidado da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva.
- Incentivar e apoiar a participação e as ações de controle social, como estratégia fundamental para aprimorar o conhecimento sobre as necessidades de saúde e a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS E COMUNICAÇÃO

- Implantar o lay out padrão nas UBS, com padronização da pintura externa e instalação de placa de identificação padronizada, afixada em local visível.
- Identificar os setores internos da UBS com sinalização adequada e de acordo com sua atividade (sala de vacina, consultório e outros).
- Instituir uniformes e crachás de identificação dos profissionais.
- Funcionar, salvo exceção, de segunda a sexta, das 7h às 19h, e aos sábados das 7h às 14h.
- Estruturar e formalizar o funcionamento da Ouvidoria
- Implantar o Totem na recepção para coletar a opinião dos usuários.
- Ampliar a participação dos profissionais no planejamento e no gerenciamento das unidades, debatendo a situação da organização dos serviços e as prioridades de mudança.
- Desenvolver ações de formação e capacitação, propiciando espaço de reflexão da ação, transformando o conhecimento apreendido em prática, contribuindo para que as mudanças organizacionais e os processos de trabalho possam ser repactuadas a partir da realidade local.
- Implementar o Programa "Jovem SUS" como orientador de público.
- Utilizar impressos com padronização instituída pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para todas as atividades desenvolvidas, inclusive para coleta de exames laboratoriais.
- Assegurar a acessibilidade para pessoas com deficiência, em consonância com a legislação vigente.
- Garantir atendimento ininterrupto de todas as atividades ofertadas pela UBS (consultas médicas e de enfermagem, vacinação, entre outros) durante todo o seu período de funcionamento.
- Reestruturar o funcionamento da recepção limitada a uma ação burocrático-administrativa por uma recepção técnica e humanizada, assegurando o acolhimento humanizado, que possibilite melhor condição ao trabalhador da saúde para dialogar, escutar o problema que motivou a pessoa a procurar o serviço e, assim, definir, em conjunto com ela, a continuidade do seu cuidado.

ACESSO COM QUALIDADE

- Implantar o Programa Jovem SUS
- Reestruturar a Recepção Administrativa
- Estruturar a Recepção Técnica Acolhedora, incluindo a disponibilização de espaço específico e adequado para uma conversa individual e reservada.
- Capacitar profissionais para a escuta, análise de problemas e orientação sobre as possibilidades do cuidado do usuário na unidade e em outros pontos de atenção da rede.
- Envolver toda a equipe da unidade neste tipo de atividade e oferecer supervisão permanente para apoiar os profissionais que a desenvolvem.
- Organizar as retaguardas de atendimento, em correspondência à atividade de priorização da Recepção Técnica Acolhedora.
- Estruturar o processo de agendamento de modo a garantir a agenda programada, não agendada, não agendada e a reserva técnica.
- Reservar vagas para demanda não agendada, definindo, quando necessário, um médico, a cada dia/ semana para dar retaguarda a estes atendimentos;
- Manter atividade diária e permanente de agendamento, sem data de aberturas e fechamentos de agendas;
- Agendar de acordo com orientação dos profissionais e equipes, respeitando os protocolos preconizados e as particularidades de cada local;
- Registrar todos os comparecimentos e atendimentos no SIGA.

PRINCIPAIS ATIVIDADES INDIVIDUAIS E COLETIVAS NA ATENÇÃO BÁSICA

- Desenvolver ações de promoção da saúde de forma intersetorial e com a comunidade;
- Prestar atendimento à pessoa de forma integral, com porta aberta, com ação interdisciplinar, para resolver a maioria dos problemas de saúde da população;
- Estabelecer ações de apoio ao autocuidado;
- Estabelecer, em todas as UBSI, sistemática permanente de atendimento do não agendado, integrando as ações atualmente realizadas nas AMA. Toda UBSI deverá incorporar, reorganizar e oferecer a ação atualmente desenvolvida pelas AMA, garantindo o atendimento mediante o uso do prontuário, possibilitando qualidade da assistência e continuidade do cuidado, dando fim à prática da queixa-conduta.
- Fortalecer e valorizar as equipes das UBS para transformá-las em UBSI. Completar o quadro profissional das UBS e equipes de saúde da família. Retomar a atividade de médicos ginecologistas, clínicos e pediatras, em conjunto com os generalistas, incorporando-os aos processos de trabalho da unidade, valorizando a atividade de todos os profissionais com a comunidade e responsabilização por seu território.
- Incorporar os profissionais e as atividades assistenciais atualmente executadas pelos NASF, de forma permanente, em cada uma das UBSI, de acordo com sua situação local e porte, visando à integralidade e maior resolubilidade dos serviços básicos de saúde;
- Disponibilizar equipe qualificada para atenção integral à saúde das pessoas em cada fase do ciclo de vida, em especial os idosos e as pessoas com deficiência e também as populações mais vulneráveis;
- Qualificar e preparar toda a equipe da UBSI para a atenção integral à saúde do idoso e das populações mais vulneráveis e ampliar as ações do Programa Acompanhante de Idosos em sua área de abrangência.
- Implementar na UBSI a saúde bucal com atenção modular multiprofissional e oferecer ações de promoção da saúde bucal nas escolas e comunidade.
- Implementar equipes e cuidados em saúde mental nas UBSI, apoiadas e articuladas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.
- Implementar as ações de saúde bucal com atenção multidisciplinar e ações de promoção nas escolas e comunidade.
- Instituir as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, exercícios corporais, Liang Gong; Medicina Tradicional Indiana - Yoga; Homeopatia; Fitoterapia e Plantas Medicinais);
- Incorporar a atenção domiciliar aos usuários acamados ou com dificuldades de locomoção até as UBS para dar continuidade aos seus cuidados em saúde.
- Criar sistemática a fim de assegurar, sempre que necessário, que haja a continuidade do cuidado, operando na UBSI um sistema de regulação local.
- Viabilizar o acesso para continuidade do cuidado em outras unidades da rede assistencial, quando necessário;
- Ampliar o acesso aos serviços especializados contribuindo com a reorganização e operação do complexo regulador, visando a reduzir os tempos de espera por exames e consultas especializadas.
- Ampliar as ações de promoção à saúde com a comunidade em articulação intersetorial, organizando atividades conjuntas, especialmente, com as áreas de esporte, lazer, cultura, educação, assistência social e meio ambiente.
- Recuperar e adequar à área física das atuais UBS, contemplando todas as atividades previstas, incluindo a assistência ao não agendado e proporcionando, também, ambiência humanizada na UBSI.
- Adotar formas de jornada de trabalho médico que possibilite a composição da jornada em diferentes tipos de serviço, na sua base territorial de atuação.
- Desenvolver iniciativas locais que visem a implantar novas atividades em dias e horários fora do expediente da Unidade, de comum acordo com a população da área, STS e o Conselho Gestor.
- Organizar as ações de notificação, investigação e execução das medidas de controle das doenças e agravos de notificação compulsória, assim como garantir a qualidade das informações registradas nos sistemas vigentes (oportunidade, completude e consistência).
- Investigar, orientar e deflagrar as medidas pertinentes ao controle das doenças e agravos.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Atividades por Fases do Ciclo de Vida

1.1 - Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente na UBS

As equipes de saúde devem focar nas realidades de vida das crianças e adolescentes, visando à proteção e à promoção dos seus direitos.

Pressupostos e Linhas de Ações Estratégicas.

- Tratar a criança e o adolescente como sujeito de direitos;
- Desenvolver as ações de saúde voltadas para criança;
- Respeitar a diversidade étnica, cultural, de gênero e social;
- Promover a integralidade da atenção à criança e ao adolescente;
- Oferecer atenção em equipe multiprofissional;
- Atuar com respeito à ética e privacidade;
- Desenvolver ações de fortalecimento da família como principal agente promotor de saúde;
- Oferecer planejamento familiar adequado;
- Promover ações em Saúde Sexual e Reprodutiva na adolescência;
- Oferecer atendimento pré-natal qualificado e humanizado;
- Desenvolver ação de atenção obstétrica e neonatal humanizadas;
- Organizar seguimento da criança na Atenção Básica, garantindo acesso ao RN nos primeiros 7 dias de vida;
- Monitorar as crianças com testes alterados na triagem neonatal
- Realizar a atenção à Criança com Deficiência;
- Acompanhar a criança de risco ou em risco;
- Realizar a Vigilância do Óbito Infantil – Comitês de Mortalidade Infantil;
- Promover ações conjuntas e intersetoriais: articulação das ações nos outros equipamentos de saúde e das ações de promoção de saúde no território, juntamente com Educação, Assistência, Cultura, Esporte, Justiça, Conselhos Tutelares e outros setores da comunidade.

Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente.

- Utilizar Cadernetas de Saúde da Criança e do Adolescente nos respectivos atendimentos;
- Orientar aleitamento materno exclusivo até 6 meses e alimentação complementar saudável;
- Trabalhar com as competências e habilidades familiares na promoção do desenvolvimento infantil;
- Desenvolver ações para alcance de Cobertura Vacinal na infância e na adolescência como recomendado;
- Desenvolver ações de prevenção e tratamento de Saúde Bucal;
- Realizar diagnóstico precoce e intervenção oportuna na área de Saúde Mental;
- Desenvolver ações de prevenção e assistência aos distúrbios alimentares: desnutrição infantil, anemias carenciais, sobrepeso e obesidade;
- Realizar a atenção às Doenças Prevalentes na infância e adolescência;
- Realizar a atenção à Criança com Deficiência;
- Acompanhar a criança de risco ou em risco;

1.2 - Atenção Integral à Saúde da Mulher na UBS

Os diagnósticos epidemiológicos revelam, ao longo dos últimos anos, grandes mudanças no perfil dos agravos, indicando a atenção integral a ser ofertada para a mulher adolescente, mulher adulta, mulher com agravos do climatério e menopausa, mulher na terceira idade.

Prioridades no Ciclo Gravídico e Puerperal:

Implantar um novo modelo de atenção integral à saúde da mulher, por meio da estratégia Rede Cegonha para melhorar o acesso e qualificar o pré-natal na UBSI, com os seguintes objetivos e metas:

- Assegurar o acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade e aumentar em 2% ao ano a captação precoce da gestante pela UBSI.
- Aumentar em 2% ao ano as consultas preconizadas de Pré-Natal.
- Desenvolver ações de enfrentamento para diagnóstico e tratamento oportuno da sífilis nas gestantes; implementar a participação do homem no pré-natal como estratégia para a eliminação da sífilis congênita e redução da transmissão vertical do HIV.
- Aumentar em 10% o total de parceiros tratados das gestantes com sífilis, promovendo a captação do parceiro para o pré-natal do homem e realizando busca-ativa dos faltosos.
- Reduzir a mortalidade materna com qualificação do pré-natal de risco habitual e alto risco (priorizando as gestantes vulneráveis, principalmente as adolescentes, as moradoras em situação de rua e as drogaditas), estimular o parto natural em Centros de Parto Normal (CPN), melhorar o acesso aos direitos reprodutivos (métodos reversíveis e definitivos).
- Assegurar o acesso às ações de atenção às vítimas de violência sexual/doméstica e aborto previsto em lei.
- Promover as ações de regulação durante o pré-natal, assegurando os encaminhamentos e acompanhamentos das gestantes classificadas como "gestação de alto risco" e garantir a vinculação da gestante ao hospital de referência de sua região para o parto, por meio de uma nova pactuação com o gestor estadual e prestadores para garantir 100% de assistência às gestantes do MSP.
- Implementar as ações de busca ativa para a puérpera e para o RN faltosos na consulta que deve ocorrer na primeira semana pós-alta da maternidade para redução dos agravos, como as intercorrências que elevam a mortalidade materna neste período e as intercorrências neonatais que impactam na mortalidade neonatal precoce.

Outras prioridades na Atenção Integral à Saúde da Mulher

- Ampliar ações de rastreamento, controle e tratamento do câncer de mama e colo de útero, incluindo as mulheres que comparecem às UBS e ampliar o número de mulheres de 50 a 69 anos para rastreamento de câncer de mama.
- Reduzir o tempo entre diagnóstico e o início de tratamento oportuno e adequado para as mulheres com câncer de mama.
- Desenvolver estratégias de busca ativa para aumentar a cobertura de colpocitologia oncótica em mulheres de 25 a 64 anos.
- Implementar as ações relativas aos direitos reprodutivos e sexuais, na perspectiva de gênero.

- Implementar as ações às vítimas de violência sexual e doméstica.
- Reduzir os agravos ginecológicos benignos que acometem as mulheres em suas várias fases do ciclo de vida, implantando nas UBSI as 10 Linhas de Cuidados prioritárias para: Doença Inflamatória Pélvica Aguda; Incontinência Urinária; Prolapsos Genitais; Sangramento Uterino Anormal; Disfunções do Climatério e da Menopausa; Espessamentos Endometriais; Cistos de Ovário na Pós-menopausa; Miomas de Útero; Endometriose; Disfunção Sexual.

1.3 - Atenção Integral à Saúde do Homem na UBS

As ações dirigidas à atenção integral à saúde do homem na Atenção Básica devem buscar a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, e ter como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, sob a perspectiva de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e a melhoria das condições de saúde. Isto se traduz no desafio de reconhecer a população masculina enquanto protagonista de suas demandas, mediante a pluralidade de contextos e condições biopsicossociais em que está inserida, e os homens enquanto sujeitos de necessidades, direitos e desejos.

Ocupa destaque, na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2009) a preocupação com a participação e inclusão do homem nos cuidados do pré-natal e do parto, na perspectiva da paternidade responsável, presente e cuidadora. Vários estudos indicam os benefícios que a paternidade pode trazer à relação dos homens com eles mesmos e com os que os rodeiam. A prática de uma paternidade mais próxima implica, portanto, numa revalorização pelos homens das tarefas de cuidar e na integração destas à representação de masculinidade e de paternidade.

1.4 - Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa na UBS

O rápido processo de envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas, incluindo as doenças não transmissíveis (p.ex., doenças cardiovasculares, câncer, asma e diabetes), os distúrbios mentais de longo prazo (depressão, demência), certas doenças transmissíveis (como HIV/AIDS e tuberculose) e as incapacidades estruturais (p.ex., amputações, lesões por acidentes, cegueira e transtornos das articulações), exigem medidas audaciosas. Além disso, a alta prevalência de quedas em pessoas idosas, com todas as consequências físicas, psicológicas e sociais, leva ao aumento dos gastos em saúde.

Pessoas idosas (60 anos ou mais), por serem portadoras de condições crônicas, apresentam alta prevalência de incapacidades e dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), com aumento da necessidade de cuidados continuados e permanentes.

O enfrentamento das condições crônicas exigirá, como indicam as evidências internacionais, mudanças radicais na ABS, o que inclui sua articulação numa rede de cuidados.

Para as pessoas idosas, o paradigma da atenção deve ser a capacidade funcional. Declínio funcional, incapacidade e fragilidade são condições geriátricas comuns, abrangendo a família das "síndromes geriátricas".

A Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBSI deve organizar-se, a partir da realidade local, de acordo com as seguintes recomendações e sugestões:

- Ser estruturada em Rede, de forma que a Atenção Básica seja a ordenadora do fluxo na rede de atenção à saúde.
- Ser acolhedora, ter escuta e estar sensível às necessidades das pessoas idosas, rompendo os mitos e preconceitos que envolvem o envelhecimento.
- Compor e colaborar com a Rede de Atenção à Pessoa Idosa para capacitar os profissionais da atenção básica para o manejo clínico da pessoa idosa e das questões relacionadas ao envelhecimento.
- Dar resposta efetiva e eficaz às cinco condições crônicas mais prevalentes na população idosa: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doenças Cardiovasculares, Doenças Osteoarticulares e Depressão.
- Trabalhar com o paradigma da “Capacidade Funcional”, categorizando a população idosa em dois grandes grupos: a) Idosos mais saudáveis e independentes e b) Idosos frágeis e dependentes.
- Ser um facilitador na capacitação dos profissionais para realizarem a avaliação da capacidade funcional física e psíquica, incorporando a avaliação funcional no processo de trabalho das unidades.
- Utilizar a classificação de risco funcional para qualificar o atendimento.
- Estabelecer o projeto terapêutico da pessoa idosa, considerando os diferentes pontos de atenção, após a avaliação funcional (idosos independentes / saudáveis e idosos dependentes / frágeis), segundo estruturação da linha de cuidado.
- Implantar linhas de cuidado de saúde da pessoa idosa com foco nas perdas funcionais, estabelecendo ações de diagnóstico precoce e reabilitação, além de estratégias de tratamento para déficits cognitivo, sensorial, de mobilidade e nutricional e de seguimento das comorbidades e enfrentamento da medicalização e da polifarmácia.
- Desenvolver ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, por meio do estabelecimento de atuação conjunta intersetorial.
- Desenvolver ações de prevenção de quedas e de DST em pessoas idosas.
- Desenvolver ações de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa.
- Prover tratamento em saúde ocular, bucal e auditiva para pessoas idosas, assim como organizar o acesso às órteses e próteses.
- Realizar o censo das pessoas idosas moradoras em ILPI, públicas e privadas, de sua área de abrangência, com adequação dos recursos ofertados à necessidade dos usuários, em conjunto com Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA).
- Estimular a participação e fortalecer o controle social da população idosa de sua área de abrangência.
- Capacitar e dar suporte a cuidadores de idosos, formais e informais.
- Implantar o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) em sua área de abrangência, segundo as orientações contidas no Documento Norteador deste Programa.

Apêndice 2 – Articulação das Áreas Temáticas e Programas com a Rede Básica

O MSP já constituiu quatro redes: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências e Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Outras redes estão em processo de construção como a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

2.1 - Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS

É a partir da rede básica que deve ser garantido o seguimento multidisciplinar e longitudinal das pessoas com doenças crônicas como diabetes, asma, doenças cardíacas e depressão, que exigem contato regular e extenso durante o tratamento. Uma vez que o gerenciamento das condições crônicas requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário, o papel e a participação da pessoa devem ser enfatizados.

Há convicção de que melhores condições de vida para os pacientes com doenças crônicas serão alcançadas com enfoque sistematizado, multidisciplinar, integral e com hierarquia. Neste contexto, além de atender a demanda espontânea, os serviços da rede básica de saúde devem reconhecer e atrair as pessoas para o acompanhamento e envolver-se ativamente na promoção de hábitos saudáveis de vida na comunidade.

Nesse sentido, são ações relevantes para o manejo das doenças crônicas:

- Conhecer e cumprir os protocolos da SMS (diretrizes clínicas e de regulação de acesso).
- Discutir localmente as estratégias para o rastreamento organizado das pessoas com hipertensão, diabetes, dislipidemia, obesidade, que usam álcool e tabaco, de acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica nº 29/Rastreamento/MS.
- Estabelecer estratégias para avaliação de risco, por meio de escores validados, para programar a oferta do cuidado.
- Rastrear precocemente as complicações usualmente associadas às doenças crônicas, de acordo com as diretrizes definidas pela SMS e com as pactuações locais.
- Ampliar as ações para enfrentamento de fatores de risco comuns e modificáveis para doenças crônicas (sobrepeso e obesidade, uso do álcool e tabaco, sedentarismo, baixo consumo de frutas e hortaliças), realizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, respeitando hábitos e culturas locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação saudável e estímulo à atividade física regular.
- Desenvolver a **Linha de Cuidado do sobrepeso e obesidade**, como forma de enfrentamento destes importantes e prevalentes¹ problemas de saúde pública. Esta linha de cuidado permitirá articular e aprimorar as ações que já vinham sendo desenvolvidas nos vários níveis de atenção do sistema, valorizando em especial, as ações de promoção à saúde, a serem desenvolvidas principalmente pela ABS.

¹ Prevalências de sobrepeso e obesidade para o MSP em 2012 de 52% e 17,8%, respectivamente, segundo VIGITEL “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – nas capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal. MS, 2012”.

- Fortalecer a articulação e as ações intersetoriais no território, ampliando o acesso a locais de venda de alimentos saudáveis para as comunidades, escolas ou ambientes de trabalho e a promoção de modos de vida saudáveis nos espaços públicos institucionais e urbanos que propiciem o lazer e o desenvolvimento de atividades físicas. Nesse sentido, a SMS-SP implantará bicicletários (local destinado ao estacionamento de bicicletas) nos estabelecimentos públicos de saúde, sob gestão municipal, conforme estabelece a Lei 13.995/2005.
- Estabelecer estratégias locais para garantir as ações de Educação Permanente, alinhada às diretrizes definidas por SMS.
- Fortalecer junto às equipes de saúde a discussão sobre o uso racional de medicamentos.

2.2 - DST-Aids na UBS

As ações propostas para a UBSI podem ser agrupadas de acordo com seguintes eixos:

Prevenção Primária

Ampliação do acesso aos insumos de prevenção primária: Display de preservativos (masculino / feminino), Gel e Kit de Redução de Danos (a ser desenvolvido em conjunto com a Saúde Mental). Especialmente os preservativos e o gel devem ser ofertados, sem barreiras de acesso, de preferência em dispositivo Jumbo, em locais de maior fluxo, sem mediação de funcionários e também nos banheiros.

Diagnóstico

- Ampliação do acesso ao diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatites B e C
 - Ampliação do horário de atendimento para atender populações de maior vulnerabilidade.
 - Realização de teste tradicional e teste rápido para diagnóstico de HIV.
 - Testes de triagem e confirmatórios para Sífilis, Hepatite B e Hepatite C.
- Aconselhamento e acolhimento
 - Disponibilização de profissionais para realizar aconselhamento e acolhimento de usuários que procuram a UBS para teste.
- Oferta de Papanicolau (citologia), sem exigência do prazo de abstinência sexual para mulheres em situação de maior vulnerabilidade.
- O teste de HIV deve ser ofertado a todos os usuários com diagnóstico de tuberculose (TB), independentemente do local onde o mesmo tenha sido realizado.

Tratamento das DST por abordagem sindrômica

As UBS e todas as demais unidades de saúde, inclusive os Serviços de Assistência Especializada em DST/Aids (SAE), devem realizar o tratamento por abordagem sindrômica das DST. Para todos os casos de DST diagnosticados deve ser feita a oferta de teste para o HIV, sífilis, hepatites virais. Todos os casos de DST devem ser imediatamente tratados com terapia adequada. Os casos de HIV diagnosticados nas UBS e os de DST que não respondem ao tratamento por abordagem sindrômica (cerca de 5%) deverão ser referenciados para os SAE.

Profilaxia pós-exposição a material biológico (PEP)

Implantar o protocolo de PEP devido a: acidente ocupacional (perfuro cortante e outros), contato sexual consentido ou violência sexual.

2.3- Saúde do Trabalhador(a) na UBS

Considerar o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, que deverá se refletir no funcionamento das UBS Integral. Diante dos desafios, a atual gestão da SMS-SP estabeleceu como inaugurais as seguintes prioridades para a construção da política pública de saúde do trabalhador e da trabalhadora:

- Investir na educação permanente dos profissionais (assistência e vigilância);
- Trabalhar permanentemente com a finalidade de intensificar a notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no SINAN.

Neste sentido, num primeiro momento, faz-se necessário combinar diversas iniciativas que visem a amplificar no cotidiano das equipes de saúde o alerta sintetizado na chamada "Acidente de Trabalho: Profissional de Saúde Notifique!"

- Cuidando de Quem Cuida: desenvolver ações programáticas e projetos especiais que se destinem a tratar com ênfase a saúde do trabalhador da saúde.

2.4 - Saúde Bucal na UBS

Cárie, doenças periodontais, oclusopatias, câncer bucal e fissuras lábio palatinas constituem os cinco principais problemas em saúde bucal em saúde pública.

A Atenção à Saúde Bucal na UBS deve organizar-se de acordo com as seguintes recomendações:

- As Equipes de Saúde Bucal (ESB), formadas por Cirurgiões Dentistas (CD), Auxiliares em Saúde Bucal (ASB) e também por Técnicos em Saúde Bucal (TSB) das UBSI, realizarão atendimentos clínicos durante todo período de funcionamento da UBS.
- As ESB realizarão ações educativas e procedimentos de promoção de saúde prevenção de agravos.
- As ESB realizarão ações de Saúde Bucal nas escolas e em outros espaços sociais, incluindo ações educativas e procedimentos de promoção de saúde e prevenção de agravos em saúde bucal em Centros de Educação Infantil – CEI, Escolas Municipais de Educação Infantil – EMEI, Escolas Municipais de Ensino Fundamental - EMEF e estaduais de ensino fundamental e médio estaduais, asilos, associações de bairro, igrejas, fábricas e outros.
- As ESB realizarão tratamento restaurador e cirúrgico no nível da atenção básica, ações assistenciais previstas nos protocolos de encaminhamento para as especialidades implantadas nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO no MSP e atendimentos de urgências e emergências em saúde bucal, sabendo-se que urgências /emergências odontológicas, em sua imensa maioria, pressupõem intervenção clínica e/ou cirúrgica. Raríssimas são as situações de urgência e emergência que poderão ser solucionadas somente com a prescrição de medicamentos e/ou orientações. A imensa maioria delas, para serem resolvidas, requererá intervenção.

- As ESB participarão de atividades com a equipe multiprofissional junto a grupos definidos como prioritário e das reuniões de matriciamento, das ações de vigilância à saúde e quando necessário, realizarão visitas domiciliares junto com a equipe de profissionais da Unidade.

Orientações para a organização do fluxo de usuários à Atenção à Saúde Bucal na UBS:

- Diariamente, os usuários que procurarem as UBS com queixas de saúde bucal serão acolhidos de forma humanizada na recepção e os casos identificados como de urgência/emergência (dor, abscessos, hemorragia, trauma dental, contusões, fraturas, avulsões e outros previstos nos protocolos de saúde bucal) serão solucionados de forma resolutiva e encaminhados para agendamento de triagem de risco da própria UBS ou na unidade de referência do usuário.
- Devem ser abertas vagas de primeira consulta todo mês para cada profissional, segundo parâmetros definidos nas Diretrizes de Saúde Bucal da SMS. Essas vagas serão oferecidas a partir de triagens de risco biológico e social, de acordo com o perfil epidemiológico, demográfico e a capacidade instalada em cada em cada STS. As triagens de risco serão agendadas de acordo com o número de CD da UBS, utilizando-se como referência os parâmetros definidos nas Diretrizes.
- Deve ser garantido o atendimento às situações de urgência diariamente.

As agendas dos CD serão organizadas, de modo que em suas jornadas de trabalho sejam previstas visitas domiciliares, atendimentos clínicos na cadeira odontológica, realização de ações coletivas, triagens de risco, ações educativas na Unidade de Saúde, reuniões com a equipe da Unidade e outras no território, inter-consultas e preenchimento de fichas.

2.5 - Saúde da Pessoa com Deficiência na UBS

É de competência da Atenção Básica o olhar para a saúde das pessoas que vivem e circulam nos diversos territórios, entre elas as com deficiência, sendo responsável pelo desenvolvimento de ações voltadas a promoção de saúde, prevenção de deficiências e de outros agravos e intervenção. Tendo como regra fundamental a quebra das barreiras atitudinais (atitudes e posturas sociais), devem acolher e atender necessidades gerais, como consultas, exames ginecológicos, vacinação, de saúde bucal, bem como acompanhar necessidades específicas em reabilitação, com vistas à manutenção funcional e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses, próteses, aparelhos auditivos ou dispositivos ópticos. Cabe à Atenção Básica, ainda, a atuação integrada a outros setores e serviços de saúde, para a continuidade no cuidado em saúde e inclusão em equipamentos educacionais, sociais e no trabalho.

As ações da atenção básica requerem a retaguarda de serviços especializados para a continuidade e integralidade do cuidado.

Recomendações:

- Fortalecer o cuidado à pessoa com deficiência na atenção básica:
 - Favorecendo o acesso e a permanência nas ações de promoção, prevenção e reabilitação deste nível de atenção à saúde;
 - Favorecendo o acolhimento e a corresponsabilização da equipe para melhor qualidade de vida das pessoas com deficiência e suas famílias,

- Desenvolvendo ações de reabilitação, prioritariamente em grupos, como por exemplo, oficinas de linguagem e grupos de coluna.
- Realizando ações que visem à manutenção funcional nas pessoas que possuem limitações decorrentes de situações crônicas de saúde, como artroses, lombalgias, acidentes vasculares encefálicos e outros tipos de deficiência.
- Realizando visitas domiciliares para intervenção nas situações onde a mobilidade está comprometida.

B. Implementar e consolidar estratégias no território que possibilitem:

- Busca ativa e monitoramento dos recém-nascidos que não concluíram a triagem neonatal ou o diagnóstico;
- Ações de detecção precoce e intervenção oportuna;
- Cuidado compartilhado e prevenção de perdas funcionais ao longo da vida;
- Desenvolvimento de potencialidades, suporte aos cuidadores e inclusão social das pessoas com deficiência;

C. Fortalecer os processos de educação permanente dos profissionais de reabilitação.

2.6 - Saúde Mental na UBS

A atenção em saúde mental fundamenta-se numa articulação de sistemas disponíveis na rede de saúde geral e específica, Rede de Atenção Psicossocial, estendendo-se numa abrangência ampliada de recursos de atendimento, envolvendo UBS-Unidade Básica de Saúde, CAPS-Centro de Atenção Psicossocial, RT-Residência Terapêutica, UAA-Unidade de Acolhimento Adulto, UAI-Unidade de Acolhimento Infante-juvenil, PS-Pronto Socorro, Enfermarias psiquiátricas em Hospital Geral e CECCO-Centro de Convivência e Cooperativa. A população atendida nas UBS, PS e CECCO representa grande parte da demanda de atendimento em saúde mental, a qual se revela subnotificada por ausência de detecção precoce de transtornos mentais graves. Trata-se de uma realidade preocupante de saúde pública, uma vez que possibilita a intensificação da gravidade dos quadros clínicos e a cronicidade das patologias, por permitir o estabelecimento de grande intervalo de tempo entre o primeiro surto e o atendimento. Por vezes, pacientes com transtornos mentais graves ou não, estabelecem fluxo de cuidados que excluem a UBS e o CAPS. Circulam por PS, Enfermarias psiquiátricas em Hospital Geral, Comunidade Terapêutica e Hospital Psiquiátrico, num circuito que se retroalimenta.

Para fazer frente a esse procedimento, faz-se necessário a ação articulada desses serviços junto a UBS do território aonde o paciente reside, a fim de que o cuidado seja articulado pela própria UBS, mobilizando os recursos disponíveis do seu território e tendo em vista a desinstitucionalização do cuidado, tão danoso ao comprometimento dos vínculos do paciente com seus familiares e com o seu meio social, fator que contribui para o processo de cronificação do paciente e consequente exclusão do convívio social.

Constituir em toda UBSI equipes de saúde mental, é condição sinequa non para a integralidade do cuidado. A UBS deve ser a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, embora, por vezes ele possa acessar esse sistema por outros serviços, por exemplo, CAPS, CECCO, etc., nesses casos, os serviços devem referenciá-lo à UBS do seu território.

Entendemos que, na lógica da integralidade do cuidado, a UBS sempre deverá ser a articuladora do cuidado em Saúde Mental e ter o território de sua abrangência como possibilidade de oferta de recursos que os profissionais de saúde poderão acionar para contribuir no manejo dessa questão.

O cuidado em saúde mental deve possibilitar a oferta, de modos a qualificar e alterar as condições de vida da pessoa, na direção da produção de saúde e vida, e não somente na cura da doença, o que certamente restringe e empobrece a possibilidade do cuidado.

O Acolhimento como dispositivo de formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, é prática fundamental, instituinte do cuidado em saúde mental, para além do modelo queixa-conduta.

Mesmo utilizando-se da atenção especializada dos CAPS e de outros pontos de atenção, o cuidado não deve ser operado na lógica do encaminhamento, mas sim do trabalho em rede, na corresponsabilidade do cuidado, sendo a UBS a gestora dos modos de fazer e operar o cuidado. Para tanto, as ações devem ser integradas e articuladas tanto no âmbito do próprio serviço quanto no âmbito dos demais serviços mobilizados.

A Saúde Mental deve ser compreendida como intrínseca à Atenção Básica, objeto desta, condição para a possibilidade de superação das limitações próprias da visão dualista do ser humano, e nesse sentido, buscar a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista que aponte para novos modos de fazer e produzir saúde, afirmando assim, com a máxima intensidade, a lógica da integralidade do cuidado.

2.7 – Saúde Integral da População LGBT na UBS

A população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) sofre historicamente os efeitos da discriminação e da exclusão na vida e no processo saúde-doença. Os Homens que fazem sexo com Homens (HSH), adolescentes do sexo masculino e mulheres lésbicas apresentam vulnerabilidade acrescida para infecções como o HIV e outras DST. Além disso, as mulheres lésbicas e bissexuais apresentam mais vulnerabilidade para câncer de mama – associado ao maior consumo de álcool e outras drogas, sobrepeso, nuliparidade, violência, saúde mental, suicídio e a baixa frequência de exames preventivos devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Diante das barreiras estabelecidas no processo de atenção e cuidado, como a negação do direito à identidade de gênero, a discriminação étnico-racial, fatores geracionais, a desigualdade de gênero entre outras formas de estigma e preconceito a SMS-SP se organiza no sentido de responder a esta realidade, instituindo a Política Municipal de Saúde Integral da População LGBT, tendo como referência a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (Portaria nº 2.836/2011). Esta Política visa promover a saúde integral de LGBT para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Especialmente, no que se refere à Atenção Básica da SMS e sua rede, foram elencadas as seguintes competências:

- Responder pela coordenação do cuidado da atenção contínua da população LGBT.
- Oferecer educação permanente aos profissionais de saúde que prestarão acompanhamento específico a esta população.
- Empenhar esforços para mitigar as iniquidades na prestação de serviços, trabalhando para que todos os cidadãos, independente de matizes de cor, gênero e orientação sexual, tenham garantido o pleno direito de acesso aos serviços sem qualquer tipo de discriminação ou prejuízo na utilização da oferta de serviços.

- Sensibilizar os funcionários e distintos atores sociais envolvidos na rede de atenção.
- Definir planos de intervenção com foco em resultados e mudanças de comportamento.
- Ofertar as melhores práticas terapêuticas com abordagem multicausal.
- Aglutinar e fomentar a reflexão sobre equidade em saúde pública, quebra de paradigmas e inovações em prol de mudanças positivas compatíveis com a diversidade humana no modo de agir com essa população.
- Realizar a atenção contínua da população LGBT, com oferta de atendimento às patologias comuns e acompanhamento clínico, incluindo as DST.
- Promover atenção assistencial integral à população LGBT, incluindo medidas preventivas e mais prevalentes ao envelhecimento, tais como: hipertensão, diabetes e cânceres, além de prover vacinação incluída no calendário vacinal, adotado nacionalmente.
- Promover iniciativas de redução de risco, com aconselhamento e oferta de testes sorológicos para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites, após a integração desta população na unidade.
- Estimular as lésbicas para a realização de exames preventivos de cânceres de colo de útero e de mama.
- Contemplar a atenção em saúde e cuidados decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais nas Unidades Especializadas da região, que serão treinadas para este fim e disponibilizarão a medicação hormonal.
- Oferecer hormonioterapia nas unidades de referência que possuem especialistas, como endocrinologistas e clínicos.
- Prestar acompanhamento pré e pós-operatório oferecido pela Rede Hora Certa ou serviços que desenvolvam a mesma função, o que inclui pequenas cirurgias proctológicas e ginecológicas.
- Promover a saúde mental - psicológica/psiquiátrica, primordial na detecção e na prevenção de distúrbios psicológicos que possam levar ao suicídio. Os candidatos deverão ser acompanhados por 2 (dois) anos ou mais para a autorização de troca de sexo, com atenção especial para as questões de identidade de gênero e sexualidade, que devem ser abordadas e compartilhadas para compreensão e identificação da maturidade psíquica para mudanças corporais pretendidas.
- Prover a integralidade do cuidado assistencial, relacionado às ações do processo transsexualizador na atenção especializada com o suporte jurídico do Centro de Combate à Homofobia da Coordenação de Políticas para LGBT da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania (SMDHC) e com o apoio técnico da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES), por meio do Ambulatório de Saúde Integral às Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT DST/Aids) e da rede hospitalar estadual de alta complexidade.
- Encaminhar para cirurgias plásticas (enxerto e retirada de silicone, mastectomia, colocação de próteses) em Unidades Hospitalares.

2.8 - Saúde na escola

Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, constitui política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e UBS, realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada, por meio de:

- Avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;
- Ações de promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde, visando a promoção da alimentação saudável; promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas; discussão sobre sexualidade, educação em saúde sexual e reprodutiva, incluindo prevenção da gravidez indesejada, acesso a preservativos, testagem e orientações sobre tratamento de DST e HIV; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção das violências, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável;
- Ações de educação permanente para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.
- Atividades educativas/coletivas: devem ser planejadas a partir da realidade e necessidade de cada unidade (Grupos de gestante, puericultura, terceira idade e outros). As atividades são planejadas e realizadas conforme encontro entre a equipe de saúde e equipe das escolas, desenvolvidas no ambiente escolar. O Programa estabelece alguns temas centrais e outros transversais buscando atender de forma integral a saúde dos educandos.
- Atendimentos prioritários em fonoaudiologia para desenvolvimento das ações do Programa Municipal de Saúde Vocal (Lei 13.778 e Decreto 45.924) e em saúde auditiva/desenvolvimento de linguagem voltadas a pré-escolares e escolares (Lei 12.556 e Decreto 42.214), em parceria com a Secretaria Municipal de Educação - SME.

2.9 - Saúde da população negra na UBS

A unidade básica de saúde, conhecedora do seu território, deve:

- Estimular as iniciativas intersetoriais, visando à redução da morbimortalidade e a melhoria da qualidade de vida da população negra no MSP.
- Introduzir o tema do Racismo Institucional como aspecto relevante para a construção da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, com foco no desenvolvimento de Linha de Cuidados, visando ao acolhimento e atenção ao sofrimento mental desencadeado pelo racismo.
- Implantar Linha de Cuidados em Doença Falciforme na Atenção Básica com a finalidade de fortalecer e qualificar a atenção ao usuário, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado nos pontos de atenção da Atenção Básica e das Redes de Atenção à Saúde.
- Fortalecer as ações de monitoramento e avaliação para a qualidade da Coleta Quesito Cor e análise nos Sistemas de Informação de SMS.
- Identificar as situações especiais de agravos à saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais em que a população negra está submetida, implementando ações de pro-

moção e prevenção como nos casos de Hipertensão e Diabetes, DST/Aids e Tuberculose;

- Desenvolver e implementar atividades de prevenção e promoção à saúde que facilitem o acesso da população negra às Unidades de Saúde, respeitando seus aspectos culturais e fomentando intervenções que permitam o vínculo aos serviços e ações de saúde. Ex: Projeto Sambando com Saúde, Juventude Viva Negra.
- Implementar ações de qualificação do atendimento humanizado à Mulher Negra, colaborando com a diminuição de agravos prevalentes (EX. Mortalidade Materna, Violência Doméstica).

2.10 - Assistência laboratorial na UBS

Na assistência à saúde os laboratórios devem ter garantido o seu papel de suporte às decisões clínicas que permitam a prevenção, diagnóstico e controle das doenças.

Com o desenvolvimento tecnológico e científico, os laboratórios incorporaram benefícios da tecnologia da informação e modificaram seus processos, melhorando seus níveis de automação. Este processo levou a concentração da parte analítica laboratorial, mas permitiu a descentralização da parte pré-analítica que envolve o preparo e a coleta e a parte pós-analítica laboratorial, permitindo a impressão dos laudos em unidades da rede de saúde.

Os atendimentos em assistência laboratorial previstos na UBSI:

- Coleta laboratorial dos exames de rotina diariamente, pela manhã;
- Coleta e laudos dos exames de pronto atendimento durante 80% do período de funcionamento;
- Coleta dos exames de vigilância epidemiológica durante todo o período de funcionamento;
- Exames por tecnologia de “point of care” (testes rápidos);

Estes atendimentos objetivam a melhoria da qualidade da assistência, o aproveitamento das oportunidades e permitirão evitar desperdícios.

2.11 -Assistência farmacêutica na UBS

O acesso a serviços farmacêuticos deve ser entendido como um direito dos usuários dos sistemas de saúde. A assistência farmacêutica de qualidade requer um diagnóstico adequado, uma prescrição com base em provas científicas, a escolha de fármacos e posologias adequadas, sempre considerando que o fundamento para o uso racional de medicamentos inclui a qualidade da prescrição médica e consiste na avaliação da efetividade do medicamento e da segurança para o paciente, de acordo com a afecção clínica. Nesta lógica, algumas das ações são de responsabilidade do nível central e outras devem ser desenvolvidas pelo nível local.

Considera-se que os serviços de farmácia possuem grande relevância para a integralidade e resolução da Atenção Básica e que parte importante das atividades finais em saúde são afetadas pela qualidade dos serviços farmacêuticos. Pondera-se que estes devem responder às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, tendo sua organização incluída como prioritária no Pacto pela Saúde.

As ações de reorganização dos serviços de farmácias têm como principais metas o desenvolvimento das atividades técnico-gerenciais de forma adequada e a instituição da atenção ao paciente, como p. ex.:

- Prestar orientação individual e coletiva quanto ao uso correto de medicamentos;
- Realizar a dispensação de medicamentos;
- Realizar o seguimento da farmacoterapia, com ênfase na adesão ao tratamento, na vigilância de reações adversas e na efetividade terapêutica;
- Notificar a ocorrência de reações adversas para desenvolver a farmacovigilância;
- Integrar a equipe de saúde, contribuindo com informações sobre a organização da assistência farmacêutica no SUS e informações técnicas sobre medicamentos.

2.12 - Assistência de enfermagem na UBS

No planejamento e organização para assistência básica integral e contínua que promova a articulação de atenção à rede na perspectiva da integralidade, a enfermagem no contexto multidisciplinar, tem um papel fundamental da assistência individual e coletiva, favorece o diálogo e o processo pedagógico na relação profissional-usuário em busca de ampliar o autocuidado e os canais de participação popular. Tendo como característica o cuidado, se propõe a acolher a todos os que procuram os serviços, e busca assegurar a continuidade do cuidado conforme a necessidade.

A enfermagem, em todos os trabalhos / atendimentos nas fases do ciclo de vida, nas doenças transmissíveis, não transmissíveis, crônicas, mentais, deficiência, trabalhador, vigilância, na unidade, no domicílio, na rua, nas escolas e demais equipamentos sociais é um pilar importante para efetivar as ações e serviços nas Unidade de Saúde e, agora, nas UBS Integrals.

No que tange à importância deste papel transversal na atenção de indivíduos e coletividades, a Atenção Básica implementa manuais contendo protocolos com normas, rotinas, procedimentos e ações para ordenar e qualificar as inúmeras ações/atividades desenvolvidas pelos respectivos profissionais na característica de linhas de cuidados junto a todas áreas técnicas de atenção à saúde em suas complexidades.

2.13 - Medicinas tradicionais, homeopatia e práticas integrativas em saúde (MTHPIS) na UBS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde atuam na prevenção de agravos, na promoção, tratamento e recuperação da saúde, com ênfase na Atenção Básica, voltada para o cuidado continuado, de forma integral, com desenvolvimento de ações multiprofissionais e interdisciplinares. Dentre as premissas e objetivos da UBSI consta a inclusão e a valorização com relação à MTHPIS, além do processo de credenciamento de farmácias de fitoterápicos, licitação de fitoterápicos para inclusão na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) e a adesão ao Programa Academia da Saúde.

2.14 - Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência na UBS

É responsável pela organização e fortalecimento de uma Rede de Cuidado Integral às pessoas em situação de violência. O objetivo é minimizar o impacto das diferentes formas de violência em relação aos grupos mais vulneráveis.

Existem 612 Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) formalizados e em funcionamento nos estabelecimentos de saúde, responsáveis pela organização do atendimento, prevenção da violência e promoção da Cultura de Paz.

Estratégias:

1. Implantar uma linha de cuidado integral para os casos de violência no município, utilizando o Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência como base de referência do processo a ser desenvolvido pelo coletivo.
2. Fortalecer e capacitar os profissionais dos NPV nos estabelecimentos de saúde.
3. Garantir a qualidade da notificação de violência.
4. Investir nos processos de Educação Permanente, garantindo espaços de discussão, participação e troca de experiência entre gestores, profissionais de saúde e usuários.
5. Efetivar os Fluxos de Atendimento que foram acordados coletivamente entre gestores e profissionais de saúde, e que estão definidos no Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência.
6. Estimular a participação em projetos e fóruns intersetoriais, intersecretariais e intergovernamentais voltados à superação da violência.

2.15 - Assistência Domiciliar - “Programa Melhor em casa”

É uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS. O programa está estruturado nas modalidades AD1, AD2 e AD3 segundo a complexidade dos cuidados em saúde. Atende a todas as fases do ciclo de vida, segundo as necessidades de cuidados do paciente.

2.16 - Consultório na rua

A responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do SUS, com destaque especial para a AB. Essas equipes são compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. Deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas, podendo ocorrer no período diurno e/ou noturno.

As equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações nas ruas, nas instalações de UBS do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e do CAPS, da Rede de Urgência e dos serviços em instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (Portaria MS/GM nº2.488/2011).

- Destacam-se na implementação deste Programa os Agentes Comunitários de Saúde-ACS, entendidos como atores multiplicadores no campo da Promoção da Saúde e da Sustentabilidade Ambiental, que foram capacitados para a identificação e priorização de problemas ambientais com impacto na saúde em áreas de maior vulnerabilidade, em decorrência do seu trabalho junto à população. O PAVS conta com uma equipe técnica no nível central, Gestores Regionais e Locais nos territórios, tendo como protagonistas os ACS e os Agentes de Promoção Ambiental-APA, em articulação com interlocutores das CRS e das Instituições Parceiras da ESF na SMS.
- O Programa atualmente faz a gestão de 851 projetos socioambientais em 247 Unidades com ESF, que tiveram como ponto de partida a realidade local e regional para as intervenções. Os projetos são desenvolvidos a partir dos seguintes Eixos Temáticos: Horta e Alimentação Saudável; Biodiversidade e Arborização; Gerenciamento de Resíduos Sólidos; A3P (Agenda Ambiental na Administração Pública); Revitalização de Espaços Públicos; Cultura e Comunicação; Água, Ar e Solo.
- Considerando que o PAVS, na sua essência é um Programa transversal, os projetos desenvolvidos em cada Eixo Temático fazem interface com diversas Áreas Técnicas e Programas que compõem a Atenção Básica, como: MTHPIS, Saúde da População Indígena, Cultura de Paz e Não Violência, Saúde da Criança e do Adolescente (Programa Saúde nas Escolas), Saúde do Adulto (Grupos de Hipertensão Arterial e Diabetes), Saúde do Idoso, Saúde Mental, Nutrição, NASF, dentre outros.
- Mais do que um desafio de proporções significativas para o MSP, este Programa é a expressão concreta do compromisso dos gestores municipais com a incorporação de novos valores e práticas de saúde, pautadas na concepção de espaços saudáveis e sustentáveis para a melhoria da qualidade de vida da população.

Apêndice 3 - Vigilância em Saúde

As ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos devem fazer parte da atenção integral à saúde da população. A Vigilância em Saúde é um componente do SUS e a execução de suas ações deve acontecer em todos os níveis de atenção, sendo que parte significativa dessas ações é executada na atenção básica: notificar e investigar doenças; executar programas e medidas de controle, desenvolver as ações de imunização, dentre outras.

As ações de vigilância em saúde demandam tempo e recursos específicos, bem como profissionais de saúde capacitados e com disponibilidade de tempo para sua execução. Nesse sentido, preconiza-se a organização de uma equipe com jornada integral para o desenvolvimento das seguintes atividades da Vigilância em Saúde nas unidades da Atenção Básica à Saúde:

- Organizar as ações de notificação, investigação e execução das medidas de controle das doenças e agravos de notificação compulsória, assim como garantir a qualidade das informações registradas nos sistemas vigentes (oportunidade, completude e consistência).
- Manter nos finais de semana e feriados a notificação de doenças e agravos de notificação em geral, e comunicar em até 4h à Supervisão de Vigilância em Saúde - SUVIS ou Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) a ocorrência de doenças e eventos de notificação imediata ou agravos inusitados à saúde.
- Investigar, orientar e deflagrar as medidas pertinentes ao controle das doenças e agravos, bem como eventos e catástrofes que venham interferir na saúde da população ou nos locais de atendimento, no âmbito de atuação da unidade de saúde, de forma articulada com a SUVIS de referência.
- Colaborar com os comitês regionais de investigações de casos ou óbitos de agravos de interesse definidos pelos diferentes níveis do sistema, de acordo com os protocolos estabelecidos (mortalidade materna, mortalidade infantil, transmissão vertical, óbitos por tuberculose, sífilis, entre outros, como acidente grave e fatal em menor de idade).
- Mapear e manter atualizadas as informações demográficas, ambientais, sociais e econômicas relativas ao território.
- Produzir, analisar e divulgar informações relativas às ações de vigilância em saúde e da situação epidemiológica da população da área de abrangência da unidade, em articulação com a SUVIS local.
- Monitorar a execução de protocolos de atendimento das doenças sob vigilância, com o objetivo de identificar precocemente as faltas, coletas de exame em tempo oportuno, exame de contatos, encaminhamentos e retornos, bem como gerenciar recursos e insumos relativos aos programas de controle de doenças, especialmente nos casos de tuberculose, sífilis na gestante, hanseníase, hepatites virais, aids, situações de violência, obesidade, desnutrição e outras que vierem a ser regulamentadas, para recomendar ou adotar medidas que minimizem o abandono.
- Contribuir com as ações para o fortalecimento das redes de Promoção e de Proteção da Saúde no território de abrangência da UBS em relação às doenças e agravos não transmissíveis, tais como: situações de violência e acidentes, em especial as tentativas de suicídio (de notificação imediata pela Portaria 1.271/2014); insegurança alimentar e nutricional; intervenção nos determinantes de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, obesidade); re-

dução de danos relacionados ao uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas e outras.

- Desenvolver ações preventivas para os agravos não transmissíveis.
- Garantir o cumprimento das normas técnicas do Programa Municipal de Imunização nas salas de vacina, supervisionar o registro das doses aplicadas no sistema de informação, acompanhar o levantamento dos faltosos e fazer a vigilância da cobertura vacinal e da taxa de abandono na área de abrangência da unidade.
- Notificar e monitorar os eventos adversos pós-vacinação e os procedimentos de vacinação inadequados e suas sequelas.
- Trabalhar, de modo integrado, com as equipes de vigilância em saúde ambiental das SUVIS, para o planejamento e promoção de ações relativas à vigilância e controle de zoonoses, animais sinantrópicos, domésticos e riscos ambientais (ex. ações de prevenção da dengue, assistência a indivíduos acumuladores de materiais inservíveis e animais, etc.).
- Desenvolver atividades educativas relacionadas à posse responsável de animais de estimação, prevenção de doenças e agravos transmitidos por cães, gatos e por animais sinantrópicos.
- Promover em articulação com a SUVIS de referência ações de educação em saúde para o controle dos riscos sanitários relativos à manipulação e consumo de alimentos; produtos saneantes destinados a uso domiciliar, que pela sua composição, podem causar acidentes e danos à saúde das pessoas e animais apresentando diversos graus de toxicidade; e medicamentos no ambiente doméstico, trabalho formal e informal domiciliar que gerem riscos à saúde do trabalhador.
- Promover ações de educação em saúde para o controle de riscos à saúde do trabalhador, doenças ocupacionais.
- Apoiar o(s) responsável (eis) técnico(s) do serviço na avaliação das condições sanitárias da unidade, buscando identificar e intervir nas condições de risco à saúde dos usuários e trabalhadores, comunicando os problemas sanitários identificados ao gestor da UBS, com vistas à adoção de medidas para o controle do risco (p. ex. procedimentos inadequados de desinfecção de materiais e superfícies, alteração na apresentação de medicamentos e produtos).
- Apoiar o(s) responsável (eis) técnico(s) da Unidade na implantação e execução do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) da unidade.

Apêndice 4 - Instrumentos e Indicadores de Monitoramento e Avaliação

4.1 - Formulário de observação e análise dos aspectos estruturantes do processo de trabalho da UBS

Características gerais da UBSI – escore da UBS I			
Nº	Critério	Descrição	Pontuação
1. Acolhimento			/110
1	Existência de recepção técnica acolhedora (acolhimento)	Pessoas que procuram atendimento na UBS não são dispensadas com base numa comunicação administrativa de capacidade esgotada de atendimento, que é anunciada na porta, na fila ou no balcão/recepção da unidade. Todo usuário tem a possibilidade de ser atendido e de não ser dispensado sem uma avaliação técnica de seu problema e de programar uma continuidade do cuidado.	10 5 0
2	Uso das vagas do dia	A decisão da ocupação das vagas do dia ou das vagas de faltosos é tomada após uma avaliação técnica.	10 5 0
3	A recepção técnica define agendamento	O profissional da recepção técnica é quem toma a decisão sobre agendamento, incluindo as várias possibilidades de atendimento.	10 0
4	Atendimento individualizado	Há local exclusivo para a recepção técnica acolhedora, possibilitando atendimento individualizado.	10 0
5	Regularidade do funcionamento	A recepção técnica (acolhimento) funciona regularmente nos dois períodos.	10 0
6	Tempo de espera	O tempo de espera para a recepção técnica (acolhimento) é inferior a 40 minutos.	10 0
7	Supervisão da recepção técnica	Há responsável formal pela supervisão da recepção técnica.	10 0
8	Protocolo de atendimento	Há protocolos formais para o atendimento da recepção técnica.	10 0
9	Registro dos atendimentos	Os profissionais fazem registro dos atendimentos na recepção técnica, incluindo os motivos e as decisões.	10 5 0
10	Avaliação do atendimento	Os dados são discutidos e avaliados com a equipe.	10 0
11	Treinamento específico	Os profissionais envolvidos com a recepção técnica participaram de treinamento específico.	10 5 0

Características gerais da UBSI – escore da UBS I					
Nº	Critério	Descrição	Pontuação		
2. Organização do agendamento			/40		
12	Continuidade	O agendamento é contínuo sem fechamento periódico da atividade de agendar.	10	0	
13	Duração da atividade	A atividade de agendar é realizada durante todos os horários e dias da semana.	10	0	
14	Escalonamento	O agendamento é feito por período com escalonamento de horários.	10	0	
15	Inclusão da demanda do dia	Há reserva de vagas nas agendas para responder à demanda do dia.	10	0	
3. Equipe multiprofissional			/20		
16	Planejamento da assistência	Há reuniões multiprofissionais para planejar as atividades assistenciais.	10	0	
17	Integração técnica	Há reuniões multiprofissionais de discussão de casos.	10	0	
4. Equipe de enfermagem			/40		
18	Cobertura de enfermeiro	Presença sistemática de um enfermeiro [10: = em todos os períodos; 5: = em 8 ou 9; 0: = em menos que 8]	10	5	0
19	Consulta do enfermeiro	Enfermeiro realiza consulta de enfermagem de forma sistemática. [10: = nas três áreas; 5: = em uma ou duas; 0: = em nenhuma]	10	5	0
20	Protocolos	Há protocolos formais e conhecidos para a consulta de enfermagem.	10	0	
21	Cuidados de enfermagem	Equipe de enfermagem com papel cuidador definido e atuante na recepção técnica acolhedora.	10	5	0

Características gerais da UBSI – escore da UBS I			
Nº	Critério	Descrição	Pontuação
5. Equipe médica			/100
22	Cobertura médica	Presença sistemática de um médico [10: = em todos os períodos; 5: = em 8 ou 9; 0: = em menos que 8]	10 5 0
23	Tempo de espera saúde da criança	Tempo de espera para uma consulta médica agendada [10: ≤ 30 dias; 5: > 30 e ≤ 45 dias; 0: > 45 dias]	10 5 0
24	Tempo de espera saúde do adulto	Tempo de espera para uma consulta médica agendada [10: ≤ 30 dias; 5: > 30 e ≤ 45 dias; 0: > 45 dias]	10 5 0
25	Tempo de espera saúde da mulher	Tempo de espera para uma consulta médica agendada [10: ≤ 30 dias; 5: > 30 e ≤ 45 dias; 0: > 45 dias]	10 5 0
26	Retaguarda médica	Equipe médica apoia e oferece suporte como retaguarda para a recepção técnica.	10 5 0
27	Registros médicos	Prontuários são legíveis, contêm as informações para o cuidado continuado (história, exame físico, conduta e retorno), preenche as fichas padronizadas de acordo com os programas.	10 5 0
28	Protocolos médicos	Há protocolos formais elaborados e divulgados para os agravos mais prevalentes (diabetes, asma, hipertensão, pré-natal, etc).	10 5 0
29	Uso do protocolo - criança	Os protocolos são rotineiramente utilizados pelos profissionais na prática assistencial - saúde da criança.	10 0
30	Uso do protocolo - mulher	Os protocolos são rotineiramente utilizados pelos profissionais na prática assistencial - saúde da mulher.	10 0
31	Uso do protocolo - adulto	Os protocolos são rotineiramente utilizados pelos profissionais na prática assistencial - saúde do adulto.	10 0

Características gerais da UBSI – escore da UBS I				
Nº	Critério	Descrição	Pontuação	
6. Organização da Assistência			/160	
32	Exames de urgência	Há conhecimento dos procedimentos para a UBS solicitar exame de urgência (evidenciar).	10	0
33	Vacina e teste de gravidez	Vacinas e teste de gravidez realizados sem restrição de dias.	10	0
34	Papanicolaou integrado	Papanicolaou integrado à consulta, sem agendamento em separado.	10	0
35	Papanicolaou com rotina aberta	Papanicolaou realizado nos horários estabelecidos sem a necessidade de um pré-agendamento específico.	10	0
36	Resultado de exames	Há sistemática de arquivamento, controle da qualidade da coleta e registro adequado das informações relativas aos exames.	10	0
37	Contrarreferência hospitalar	RN tem alta da maternidade com consulta agendada na UBS.	10	0
38	Encaminhamento	Encaminhamentos para o PS ou ambulatório de especialidades realizados formalmente com impresso.	10	0
39	Saúde bucal	Existência de saúde bucal	10	0
40	Módulo bucal	Existência de módulo odontológico com THD e ACD	10	0
41	Saúde mental	Existência de saúde mental	10	0
42	Atendimento de emergência	Existência de carrinho de emergência adequadamente controlado, revisado periodicamente com registro formal de controle e lacre.	10	0
43	Atendimento em grupo	Há atendimento sistemático em grupo para pré-natal, hipertensão/diabetes e puericultura.	10	0
44	Visita domiciliar do faltoso	Realiza visita domiciliar regular de faltosos (checar último mês) [10: Tuberculose, gestante, HAS/diabetes, criança; 5: Tuberculose e gestante; 0: = não]	10	5 0
45	Visita domiciliar programática	Realiza visita domiciliar regular relativa aos programas integrais de saúde.	10	5 0
46	Promoção da saúde	Realiza ações regulares de promoção da saúde, UBS <=> comunidade	10	0
47	Intersetorialidade	Realiza ações regulares de promoção da saúde intersetoriais	10	0

Características gerais da UBSI – escore da UBS I			
Nº	Critério	Descrição	Pontuação
7. Cobertura da Assistência na Área/UBS			/60
48	Cobertura vacinal Tetra	Cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade com Tetra. [10: $\geq 90\%$; 5: $< 90\%$ e $\geq 80\%$; 0: $< 80\%$]	10 5 0
49	Cobertura vacinal Tríplice viral	Cobertura vacinal em menores de 2 anos de idade com Tríplice viral. [10: $\geq 90\%$; 5: $< 90\%$ e $\geq 80\%$; 0: $< 80\%$]	10 5 0
50	Razão de Papanicolaou	Percentual de citopatológicos em mulheres de 25-59. [10: $\geq 20\%$; 5: $< 20\%$ e $\geq 15\%$; 0: $< 15\%$]	10 5 0
51	Cobertura gestante	Percentual de gestantes cadastradas. [10: $\geq 70\%$; 5: $< 70\%$ e $\geq 50\%$; 0: $< 50\%$]	10 5 0
52	Cobertura hipertenso	Percentual de hipertensos cadastrados. [10: $\geq 30\%$; 5: $< 30\%$ e $\geq 20\%$; 0: $< 20\%$]	10 5 0
53	Cobertura diabetes	Percentual de diabéticos cadastrados. [10: $\geq 20\%$; 5: $< 20\%$ e $\geq 15\%$; 0: $< 15\%$]	10 5 0
8. Organização geral do serviço			/70
54	Suprimentos	Suprimento regular de medicamentos, materiais, instrumentais e equipamentos de forma a não comprometer o atendimento.	10 0
55	Rotinas tecno-administrativas	As rotinas para solicitação de materiais, medicamentos, manutenção, higiene e limpeza são formais, de conhecimento local e respeitadas.	10 5 0
56	Manutenção preventiva	Há manutenção preventiva dos equipamentos com registros formais e plano de trabalho.	10 0
57	Identificação da equipe	Há uniformização e identificação pública dos funcionários.	10 0
58	Respeito ao usuário	Extinção de balcão com grades e inexistência de cartazes com ameaças aos usuários.	10 0
59	Organização dos prontuários	Prontuários são separados com antecedência para o atendimento.	10 0
60	Acomodações	Acomodações sem filas em pé, com bebedouro e com boa limpeza geral.	10 5 0

Características gerais da UBSI – escore da UBS I					
Nº	Critério	Descrição	Pontuação		
9. Gestão e Participação			/50		
61	Plano	Há um Plano anual e formal de trabalho da unidade.	10	0	
62	Reunião de equipe	Há horário formalmente reservado para a discussão do trabalho da equipe.	10	0	
63	Gestão participativa	O processo de elaboração do plano local conta com a participação da equipe.	10	0	
64	Controle social	Há conselho gestor ou outros mecanismos formais de participação dos usuários no processo de planejamento e definição de prioridades.	10	0	
65	Participação da população	As conferências municipais são preparadas com pré-conferência local.	10	0	
10. Organização do Sistema Municipal			/100		
66	Mortalidade proporcional por IRA	Mortalidade proporcional por IRA em crianças menores de 5 anos. [10: ≤ 5%; 5:> 5% e ≤ 10%; 0:> 10%]	10	5	0
67	Mortalidade por câncer de mama	Taxa de mortalidade de mulheres por câncer de mama (por 100.000). [10: ≤ 15; 5:> 15 e ≤ 20; 0:> 20]	10	5	0
68	Mortalidade por tuberculose	Taxa de mortalidade por tuberculose (por 100.000). [10: ≤ 2,8; 5:> 2,8 e ≤ 4,9; 0:> 4,9]	10	5	0
69	Mortalidade por cerebrovasculares	Taxa de mortalidade por cerebrovasculares (por 100.000). [10: ≤ 30; 5:> 30 e ≤ 40; 0:> 40]	10	5	0
70	Mortalidade por diabetes mellitus	Taxa de mortalidade por diabetes mellitus (por 100.000). [10: ≤ 10; 5:> 10 e ≤ 30; 0:> 30]	10	5	0
71	Cobertura do Pré-natal	Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal. [10: ≥ 50%; 5:< 50% e ≥ 30%; 0:< 30%]	10	5	0
72	CPOD	Índice CPOD aos 12 anos. [10: ≤ 2; 5:> 2 e ≤ 2,5; 0:> 2,5]	10	5	0
73	Sistema de referência	Há sistemática formal para a referência e contrarreferência entre as UBS, prontos-socorros, ambulatórios de especialidades e hospitais.	10	0	
74	Financiamento	Gasto municipal respeita legislação.	10	0	
75	Participação da população	Conferências municipais realizadas regularmente e funcionamento sistemático do Conselho Municipal de Saúde.	10	0	
Escore Total			/750		

4.2 – Indicadores para o monitoramento dos serviços da Atenção Básica

Vigilância e Controle de Doenças	
1	Nº Número de notificações de violência por ocorrência
2	Proporção de doenças agudas de notificação compulsória encerrada oportuna e adequadamente
3	Proporção de encerramento de casos de tuberculose por abandono (ocorrência)
4	Número de casos notificados de HIV positivo (ocorrência)
5	Número de terceiras doses aplicadas de vacina tetravalente
6	Número de doses aplicadas de tríple viral
Nº	Assistência à Saúde
7	Número de atendimentos de eventos sensíveis à atenção básica por UBS de referência ocorridos nos serviços de urgência
8	Número de mamografias realizadas segundo local solicitante
9	Número de coletas de exame citopatológico do colo uterino
10	Número de consultas médicas de urgência em clínica básica
11	Número de consultas médicas básicas, exceto de urgência (ESF)
12	Número de consultas médicas básicas, exceto de urgência (Pediatra, GO e clínico)
13	Número de consultas de idosos na clínica médica, ESF e ginecologia
14	Número de primeira consulta odontológica
15	Número de procedimentos coletivos realizados por psicólogos na atenção básica
16	Número de grupos de atividades físicas e práticas corporais
17	Número de acolhimentos realizados por profissionais do nível médio e superior
18	Número de pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico
19	Número de problemas relacionados a medicamentos (PRM)
Nº	Fortalecimento da Capacidade de Gestão
20	Razão entre o número de receitas atendidas e o número de horas profissionais da equipe de farmácia
21	Proporção de conselheiros capacitados (Unidades)
22	Número de registros no prontuário eletrônico do SIGA
23	Proporção de absenteísmo de vagas ocupadas segundo local solicitante
24	Tempo médio de espera para agendamento de consulta médica 1ª vez nas clínicas básicas.
25	Proporção do preenchimento da agenda das UBSI aos sábados.
26	Proporção de uso da reserva técnica para todas as UBS.
27	Proporção de absenteísmo em atendimentos agendados de 1ª vez
28	Proporção de remoções dos usuários atendidos nas UBSI
29	Proporção de encaminhamentos para especialidades
Nota: alguns indicadores possuem parâmetros definidos – Proporção de faltosos em atendimentos agendados de 1ª vez (20% para consultas e 10% para exames), Proporção de remoções dos usuários atendidos nas UBSI (até 1,5% do total de atendimentos) e Proporção de encaminhamentos para especialidades (até 22% do total de consultas).	

4.3 - Indicadores para a avaliação da Atenção Básica

Nº	Indicadores de Avaliação	Acesso	Efetividade	Continuidade	Adequação ao Modelo
1	Razão de consultas médicas básicas SUS, realizadas em UBS, pelo médico ESF por 100 habitantes				
2	Razão de consultas médicas básicas SUS, realizadas em UBS, pelos médicos Pediatra, Clínico e GO por 100 habitantes				
3	Razão de consultas médicas básicas em urgência SUS, realizadas em UBS, por 100 habitantes				
4	Razão de habitantes por cirurgião dentista SUS				
5	Primeira consulta odontológica programática por habitante				
6	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária				
7	Razão de consultas médicas básicas SUS na população com 60 anos ou mais e população da mesma faixa etária				
8	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária				
9	Razão de consultas médicas em atenção básica e atividade educativa coletiva em atenção básica				
10	Taxa de internações SUS por condições sensíveis à atenção primária				
11	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera				
12	Proporção de nascidos vivos de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal				
13	Média de horas semanais do médico da Atenção Básica por habitante/ano				
14	Razão de consultas médicas por horas ambulatoriais cadastradas				
15	Razão de terceira dose de vacina tetravalente aplicada no 6º mês de idade				
16	Razão de dose de vacina triplice viral aplicada entre 1 e 2 anos de idade				
17	Razão de procedimentos coletivos realizados por psicólogos na atenção básica por 100 habitantes				
18	Razão de grupos de atividades físicas e práticas corporais por 100 habitantes				
19	Proporção de conselheiros capacitados (Unidades)				
20	Proporção de absenteísmo de vagas ocupadas segundo local solicitante				

Bibliografia Consultada

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc* 2004;13:16-29.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php, visitado em dezembro de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS Diário Oficial da União, em de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf, visitado em dezembro de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, em 29 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>, visitado em dezembro de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.: il.

Brito, JCO. Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Cad. Saúde Pública 2005 21(5):1612-1614.

Campos GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. 2a. ed., São Paulo: Hucitec, 1992. 220 pp.

Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos de SUS: reflexões. Cad. Saúde Pública 2009; 25(7): 1614-19. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/20.pdf>.

Franco TB, Franco CM. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS/ ABRASCO. 2001.

Franco TB, Magalhães-Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS (organizadores). O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

Frenk, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica de Mexico*, 1985; 27 (5): 438-459

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 2005; 9 (17):287-301.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad Saúde Pública*, 2004;20(Supl.2):S331-S336.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunic. Saude. Educ.*, 2010; 14 (34): 593-605.

Meiners, MMMA. - QUALIDIA – Educação em Saúde para o autocuidado – Avaliação Contínua de Qualidade de atenção ao Diabetes – Linhas de Cuidado na Perspectiva de Redes de Atenção à Saúde. Apresentação Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/5-QualiDia-Micheline.pdf>, visitado em dezembro de 2014.

Equipe técnica que contribuiu para a elaboração deste documento:

Atenção Básica

Cassia Liberato Muniz Ribeiro
Cecília Seiko Takano Kunitake
Cecília Tomiko Nobumoto
Clovis Silveira Junior
Débora Crescente
Edmir Peralta Rollemberg Albuquerque
Elaine Aparecida Lorenzato
Eliana Sapucaia Rizzini
Emílio Teles Junior
Ivani dos Santos
Jonas Melman
Jovino Paes Junior
Laís Birskis
Ligia Santos Abreu Caligaris
Lúcia Helena da Silva
Luís Claudio Sartori
Maria Cristina Honório dos Santos
Maria Teresa Souza
Marisa Beraldo
Marta Maria Pereira Nunes
Miriam Rodrigues de Medeiros
Norma Vasserman
Regina Auxiliadora de Amorim Marques
Regina Satiko Omati
Reynaldo Bonavigo Neto
Rita Helena Bueno Pinheiro
Rosa Maria Marótti
Rosiley Maria Gonçalves Talala
Sonia Regina Rocha Miura
Valdete Ferreira dos Santos
Vera Lucia Martinez Manchini
Yamma Mayura Duarte Alves

Outras áreas da SMS

Athene Maria de Marco França Mauro
Benedito Adalberto Boletta
Celso Ricardo Monteiro
Dirce Cruz Marques
Eliana Battaggia Gutierrez
Glória Maria Ferreira Ribeiro
Heloisa Helena Andreetta Corral
José dos Santos
Laura Aparecida Christiano Santucci
Luís Fernando Pracchia
Luzia Coelho e Silva Machado
Marcia Maria Gomes Massironi
Marcos Drumond Jr.
Margarida Lira
Myres Maria Cavalcanti
Ricardo Fernandes de Menezes
Rubens Kon
Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
Sandro Garcia Hilário
Sérgio Márcio Pacheco Paschoal
Sylvia Grimm



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Diretrizes Gerais

Versão 01 - Jan/15

UBS Unidade Básica de Saúde