

SAÚDE *em movimento* **2026**

**EIXO IV. RESULTADOS CONCRETOS DO PLANIFICASUS
PARANÁ NA APS, AAE/CAPS/EMAESM
(DEMONSTRAÇÃO POR MEIO DE DADOS NUMÉRICOS
SOBRE O ALCANCE DE RESULTADOS, COMPARANDO
O ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO)**

IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS SAÚDE MENTAL NO CAPS I RECOMEÇO: REORGANIZAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO E DA REDE EM GUARATUBA – PR.

ANNA CLÁUDIA AIMONE DE OLIVEIRA GUIDES

Guaratuba - 1ª RS - Paranaguá

CAPS/Unidade de Saúde Coroados/ Unidade de Saúde Mirim - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Qualificar a gestão do cuidado em saúde mental no CAPS I Recomeço a partir das diretrizes do PlanificaSUS Saúde Mental.

Reorganizar fluxos, acesso e estratificação de risco em articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo a UBS Mirim e a UBS Coroados como pontos de referência territorial.

Fortalecer a governança da Rede de Atenção Psicossocial no município, promovendo corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção.

Contextualização: Antes do PlanificaSUS Saúde Mental, o CAPS I Recomeço apresentava acesso despadronizado, baixa integração com a APS e processos pouco alinhados ao cuidado territorial e longitudinal, gerando demanda reprimida.

Com a adesão ao PlanificaSUS Paraná, implantaram-se estratificação de risco, agenda por blocos de horas, plano de cuidado compartilhado, autocuidado apoiado e territorialização.

O matriciamento com APS, incluindo UBS Mirim e UBS Coroados, qualificou fluxos, pactuou responsabilidades e fortaleceu a rede, contando com apoio das Referências Técnicas e tutores regionais.

Resultados / implicação prática: A implantação do PlanificaSUS Saúde Mental ampliou o acesso, reduziu filas de espera e estabeleceu critérios claros de encaminhamento. A agenda por blocos de horas aumentou a produtividade, enquanto o plano de cuidado compartilhado orientou decisões clínicas e de gestão.

O matriciamento com APS, UBS Mirim e UBS Coroados reduziu encaminhamentos inadequados, fortaleceu a atenção territorializada e a corresponsabilização da rede. A experiência evidencia a efetividade do PlanificaSUS Paraná na gestão, integração intersetorial e resolutividade dos serviços de saúde mental.

Aprendizados: O PlanificaSUS Saúde Mental demonstrou ser estratégico para qualificar a gestão do cuidado quando incorporado como política institucional. Destacam-se o alinhamento entre gestão e equipes técnicas, padronização de processos, fortalecimento da governança da rede e ampliação da resolutividade, com UBS Mirim e UBS Coroados atuando como referências territoriais.

Os desafios incluíram mudança cultural, manejo da alta demanda e monitoramento contínuo. Ainda assim, o programa fortaleceu a integração entre níveis de atenção e consolidou um modelo territorial, sustentável e centrado no usuário.

REALIZAÇÃO DE AURICULOTERAPIA EM GRUPO ABERTO EM UNIDADE DE SAÚDE DE PINHAIS-PR UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANDRIELI FRANÇA DA LUZ, LOUISE GASINO JOINEAU, CAROLINA PAOLA DALLAGASSA, THAIS HELENA OTTO, JURACIARA DORNELES KAZMIRCZAK

Pinhais - 2ª RS - Metropolitana

Unidade de Saúde Emiliano Pernetá - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: 1. Relatar o processo de implantação de um grupo aberto de auriculoterapia conduzido por profissionais da Unidade de saúde Emiliano Pernetá .
2. Fomentar o cuidado integral e a autonomia do usuário por meio da oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS).
3. Analisar os desafios e potencialidades da inserção da auriculoterapia no cotidiano da Atenção Primária à Saúde

Contextualização: O atendimento da Unidade de Saúde da Família (USF) Emiliano Pernetá era regido exclusivamente pelo modelo biomédico. Visando proporcionar uma abordagem centrada no paciente, que o considere em sua integralidade — aspectos físicos, mentais, emocionais e sociais —, surgiu a proposta de implementação do grupo de Auriculoterapia. O foco da prática reside na escuta qualificada, no fortalecimento do vínculo entre profissional e usuário e na valorização do ambiente social como parte essencial do cuidado. A iniciativa amplia o acesso da população adscrita a essa Prática Integrativa e Complementar (PICS), oferecendo um cuidado acessível e integral. A implementação da auriculoterapia ao cotidiano da unidade reafirma os princípios de integralidade e humanização do SUS, ao mesmo tempo que estimula o protagonismo do usuário em seu autocuidado. Essa transição de modelo não apenas qualifica a assistência, mas converge diretamente com as diretrizes de organização da rede propostas pelo PlanificaSUS.

Resultados / implicação prática: A implantação do grupo ocorreu em etapas: surgimento da iniciativa pelos próprios profissionais da unidade; discussão em reunião de equipe; identificação dos profissionais habilitados; pactuação do acesso ao grupo e organização da agenda; criação de ficha de atendimento em auriculoterapia; e implantação da proposta com registro dos atendimentos. Os atendimentos foram iniciados duas vezes por semana, com duração aproximada de uma hora, por demanda espontânea ou encaminhamento de profissionais da equipe multiprofissional ou da rede de atenção à saúde, contando com três auriculoterapeutas por dia. Na primeira sessão, o usuário preenche ficha de acompanhamento, é acolhido com escuta qualificada, recebe orientações sobre a prática e tem seus cuidados integrados aos demais serviços da unidade, sendo orientado retorno semanal até completar dez sessões. O impacto foi expressivo: com média de 15 a 20 usuários por dia, a unidade passou de 16 sessões em 2023 para 950 em 2024 e cerca de 1.400 em 2025, evidenciando alta adesão e efetividade da organização do grupo.

Aprendizados: A implementação dos grupos de Auriculoterapia demonstrou-se uma experiência enriquecedora. Os usuários expressaram satisfação com os atendimentos, destacando a escuta qualificada, o alívio sintomático e a valorização de abordagens mais humanas e integrais no cuidado à saúde. A equipe reconheceu a Auriculoterapia como ferramenta complementar eficaz, favorecendo o fortalecimento do vínculo e ampliando as possibilidades de intervenção na Estratégia de Saúde da Família. A unidade apresenta elevado potencial para as PICS e para o cuidado centrado na pessoa, considerando que grande parte dos profissionais, incluindo a coordenação, possui formação em Saúde da Família e capacitação em PICS, o que contribui para a oferta de cuidado contínuo e humanizado. Quanto às dificuldades, observou-se o uso inicial de materiais dos próprios servidores, com posterior apoio da prefeitura, sendo a qualidade dos insumos determinante para o tempo de fixação dos pontos. Identificaram-se ainda a redução temporária de profissionais, a ampliação da demanda e a não adesão de alguns usuários ao modelo de atendimento em grupo.

FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS EM UPA DE USUÁRIOS COM DM E/OU HAS APÓS ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO ORGANIZADO SEGUNDO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)

DAYANE CRISTINA DUDA BITTENCOURT, CAROLINA DE ALMEIDA TORRES, ELIZABETE DE SOUZA OLIVEIRA CÂNDIDO, JOSIANE HAINOSZ ZABLOCKI, MARION THIESSEN HELRIGHEL, VALKIRIA MACENA GREGORY SPINASSI

Araucária - 2ª RS - Metropolitana

Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (SMSA), Departamento de Atenção Especializada (DAE), Centro de Especialidades Médicas e Odontológicas (CEMO), Ambulatório de Cuidado Integral - Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Crônica, (ACI - DM / HAS) - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Comparar a frequência de atendimentos em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município de Araucária-PR de pessoas com DM e/ou HAS classificadas como alto risco que participaram do Ambulatório de Cuidado Integral – DM/HAS

Contextualização: Dentre as diretrizes do Planifica SUS, fazer a gestão clínica de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) diagnosticados com condições crônicas, como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Crônica (HAS), e classificados como alto risco é uma das prioridades. O município de Araucária-PR conta com o Ambulatório de Cuidado Integral (ACI-DM/HAS) que segue o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC): os usuários estratificados como alto risco são encaminhados ao ACI-DM/HAS, e no dia agendado passam por consulta com 6 especialidades. Ao final, os profissionais elaboram o plano de cuidado que é compartilhado com a Atenção Primária à Saúde (APS). O usuário realiza até 4 consultas no ambulatório.

A estabilização clínica é o objetivo principal do ACI- DM/HAS. Observa-se que este público busca as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) com frequência, por isso avaliar este indicador pode representar a efetividade do modelo de atenção.

Resultados / implicação prática: O ACI-DM/HAS acontece às segundas-feiras a tarde, e para a produção deste trabalho foram considerados os atendimentos de março a setembro de 2025.

Sessenta e dois pacientes realizaram consulta no período estudado, e foi avaliado a frequência de atendimento na UPA do município 6 meses antes e 6 meses após o 1º atendimento no ACI-DM/HAS. Após a exclusão de usuários que iniciaram atendimento em menos de 6 meses, a amostra final totalizou 28 pessoas, e destes: 13 (46,4%) não tinham histórico de consultas na UPA; 13 (46,4%) foram menos à UPA desde as intervenções do ACI-DM/HAS; e apenas 2 usuários frequentaram mais a UPA.

Considerando a amostra total, houve 38 atendimentos na UPA nos 6 meses antes do ACI-DM/HAS, e após o 1º atendimento no ambulatório este número reduziu para 16 atendimentos nos 6 meses seguintes. Vinte e cinco por cento (n=7) de usuários com DM e/ou HAS de alto risco não buscaram mais a UPA após o primeiro atendimento no ambulatório.

Aprendizados: A experiência do ACI-DM/HAS demonstrou que quase metade dos indivíduos acompanhados no ambulatório procuraram menos a unidade de pronto atendimento em comparação com os 6 meses anteriores à 1ª consulta. Portanto, a estratificação de risco de usuários com condições crônicas, o manejo multiprofissional, e a elaboração do plano de cuidados individualizado são intervenções que podem reduzir episódios de pioras súbitas.

Esta estabilização deve se estender por longo prazo, e para que isso aconteça o fortalecimento da comunicação entre a APS e AAE e a elaboração do plano de cuidados como instrumento norteador são fundamentais. Desta forma, o paciente com DM/HAS consegue um manejo satisfatório nas unidades de saúde, evitando assim o chamado “efeito velcro” em que o usuário permanece constantemente na atenção especializada.

Novos estudos são necessários para avaliar como os indivíduos que participaram do ACI-DM/HAS permaneceram após a finalização do ciclo das consultas no ambulatório.

Anexos: [Link](#)

CAPICINA E ZÉ GOTINHA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO SEGURA EM PONTA GROSSA (PR)

JÉSSICA SENDER MARIN, CAMILA SABATOSKI GONÇALVES, CAMILA WOLFF,
FRANCIELLY DE SOUZA CAMPOS

Ponta Grossa - 3ª RS - Ponta Grossa

Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Promover ações educativas que aumentem a adesão à vacinação no município. Sensibilizar crianças da rede municipal de ensino e suas famílias sobre a importância da imunização segura. Fortalecer a cultura escolar de confiança nas vacinas, combatendo as *fake news* e ampliando a adesão às campanhas de imunização.

Contextualização: Em consonância com as metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a partir da participação no PlanificaSUS, o município de Ponta Grossa implantou, em 2024, o Núcleo de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando ações voltadas à imunização segura. Durante as etapas do PlanificaSUS, a abordagem dos temas imunização e segurança do paciente contribuiu para a reflexão das equipes sobre seus processos de trabalho, possibilitando a identificação da baixa adesão às campanhas de vacinação no município, associada à hesitação vacinal e à influência de *fake news*, especialmente no público infantil e seus familiares. A partir desse diagnóstico, foi elaborado o projeto Vacinação Segura, desenvolvido de forma intersetorial pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) em parceria com a Secretaria Municipal de Educação (SME). O projeto consistiu na realização de ações educativas nas escolas municipais, integrando conteúdos sobre vacinação segura às práticas pedagógicas, por meio de um concurso cultural com três modalidades: produção de desenhos, redações com temática voltada ao combate às *fake news* e escolha do nome de um mascote municipal da vacinação. Os trabalhos escolhidos foram avaliados por uma comissão composta por professores da rede municipal e membros do Núcleo de Segurança do Paciente, garantindo critérios pedagógicos e técnicos na seleção.

Resultados / implicação prática: Participaram 38 escolas municipais, incluindo unidades urbanas e rurais, envolvendo mais de 4.500 estudantes, 120 professores e 60 profissionais da saúde. Foram recebidos 820 desenhos, 410 redações e 215 sugestões de nomes para o mascote, sendo Capicina o nome escolhido por meio de concurso cultural nas escolas. As redações sobre *fake news* favoreceram o envolvimento das famílias e ampliaram o debate sobre vacinação segura no ambiente doméstico. Houve ampliação do alcance das ações, com eventos extramuros em escolas, unidades básicas de saúde e comunidades. Como desdobramento institucional, foi sancionada a Lei Municipal nº 15.439/2025, que instituiu o Setembro Laranja e o Dia Municipal da Segurança do Paciente (17 de setembro), tornando obrigatória a abordagem do tema vacinação segura nas escolas municipais. O apoio metodológico do PlanificaSUS Paraná possibilitou a organização do projeto e o monitoramento dos resultados, consolidando a iniciativa como prática exitosa no município.

Aprendizados: A criação de um mascote municipal inspirado na capivara e caracterizado com camiseta do Zé Gotinha mostrou-se estratégia eficaz para aproximar diferentes gerações do tema da imunização, resgatando um personagem histórico das campanhas nacionais junto às novas gerações. As estratégias lúdicas favoreceram o engajamento infantil e familiar e fortaleceram a confiança nas ações de vacinação. A experiência evidenciou a relevância do PlanificaSUS Paraná como indutor metodológico de práticas inovadoras na Atenção Primária à Saúde. Destaca-se como desafio a manutenção contínua das ações educativas, garantindo sua sustentabilidade como política pública permanente.

Anexos: [Link](#)

FORTELECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENTRE APS E ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA, A PARTIR DO PLANIFICASUS: EXPERIÊNCIA DE COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO MUNICÍPIO DE Mallet-PR

DÉBORA KARINE ANDRADE LEITE

Mallet - 4ª RS - Irati

Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Fortalecer a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada, a partir das diretrizes do PlanificaSUS Paraná. Qualificar o processo de coordenação e compartilhamento do cuidado, com foco na linha de cuidado da pessoa idosa. Melhorar o acesso e a adesão dos usuários aos atendimentos especializados por meio da reorganização dos fluxos de agendamento e do matriciamento.

Contextualização: O município já possuía adesão ao PlanificaSUS Paraná, porém, até o ano de 2024, persistiam desafios relacionados à organização dos processos de trabalho e à efetiva integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Embora não houvesse histórico de filas de espera para atendimentos especializados, observava-se fragilidade na coordenação do cuidado, com encaminhamentos pouco articulados, comunicação limitada entre os pontos de atenção e baixa adesão dos usuários ao deslocamento para atendimentos realizados no município de referência, especialmente na linha de cuidado da pessoa idosa, no âmbito do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).

A partir de 2025, com a reorganização dos fluxos assistenciais e o fortalecimento da atuação da gestão da APS, o PlanificaSUS passou a ser operacionalizado de forma mais estruturada, com ênfase na coordenação do cuidado, no matriciamento e no compartilhamento de responsabilidades entre APS e AAE. Destaca-se a realização de matriciamentos multiprofissionais sistematizados, envolvendo equipes da AAE e profissionais do município, com foco prioritário na linha de cuidado da pessoa idosa.

Como estratégia central, o agendamento das consultas especializadas do MACC foi organizado e centralizado na Coordenação da APS, com a finalidade de qualificar a gestão da fila de espera, monitorar os formulários de compartilhamento do cuidado e garantir maior articulação com a AAE. Ressalta-se que essa reorganização não implicou a retirada da responsabilidade assistencial das Unidades de Saúde de referência, que permaneceram responsáveis pelo acompanhamento longitudinal dos usuários em seu território. À Coordenação da APS coube o papel de organização dos fluxos, avaliação dos encaminhamentos e monitoramento dos casos, evitando deslocamentos desnecessários e qualificando o acesso ao cuidado especializado. Essa estratégia contribuiu para ampliar a adesão dos usuários ao cuidado especializado e fortalecer a continuidade do cuidado da pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde.

Resultados / implicação prática: Após a reorganização dos processos de trabalho e o fortalecimento da coordenação do cuidado, a partir das diretrizes do PlanificaSUS, observou-se melhora significativa na integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). A centralização do agendamento das consultas do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) na Coordenação da APS qualificou o acesso, reduziu falhas nos encaminhamentos e ampliou o acompanhamento longitudinal dos usuários, sem retirar a responsabilidade assistencial das equipes de referência territorial.

Houve aumento expressivo da adesão dos usuários ao cuidado especializado e à estratégia de cuidado compartilhado. No período anterior à reorganização dos fluxos assistenciais, os encaminhamentos de pessoas idosas para acompanhamento especializado eram pontuais e

irregulares, totalizando 5 encaminhamentos em 2016, ausência de encaminhamentos entre 2017 e 2019, 2 em 2020, 3 em 2021, 1 em 2022, 6 em 2023 e 6 em 2024, evidenciando fragilidade na coordenação do cuidado e na consolidação da linha de cuidado da pessoa idosa.

Após a implantação da estratégia de centralização do agendamento e do fortalecimento do matriciamento em 2025, foram incluídos 12 idosos no cuidado compartilhado com a AAE, dos quais 9 permanecem em acompanhamento ativo, todos encaminhados no próprio ano de 2025. Esse resultado demonstra maior adequação dos encaminhamentos, qualificação da avaliação prévia realizada pela APS e consolidação da linha de cuidado da pessoa idosa, com corresponsabilização entre APS e AAE.

O matriciamento multiprofissional possibilitou maior alinhamento das condutas clínicas, construção compartilhada de planos de cuidado e intensificação do diálogo entre os pontos de atenção, fortalecendo a continuidade do cuidado. Como implicações práticas, as ações implementadas resultaram em maior efetividade da Rede de Atenção à Saúde, fortalecimento do vínculo com os usuários e maior sustentabilidade do modelo de coordenação do cuidado no âmbito municipal.

Aprendizados: A experiência evidenciou que o PlanificaSUS, mais o que o conjunto de ferramentas, constitui um potente indutor de mudança organizacional quando operacionalizado a partir da gestão do cuidado e da reorganização dos processos de trabalho. O fortalecimento da coordenação da APS mostrou-se elemento central para a integração efetiva entre os pontos de atenção e para a consolidação da linha de cuidado da pessoa idosa.

Os matriciamentos multiprofissionais configuram-se como estratégias fundamentais para qualificar a prática assistencial, ampliar o diálogo entre APS e AAE e fortalecer a corresponsabilização pelo cuidado, favorecendo a construção compartilhada de planos terapêuticos e a tomada de decisão conjunta.

Como desafios, destacam-se a necessidade permanente de sensibilização das equipes e dos usuários para a mudança de fluxos assistenciais e para o deslocamento intermunicipal, bem como a manutenção dos espaços de educação permanente como eixo estruturante do modelo.

A experiência reforça que a integração entre APS e AAE, aliada a uma atuação estratégica da gestão municipal, é essencial para garantir acesso, continuidade e qualidade do cuidado, assegurando a sustentabilidade das mudanças propostas pelo PlanificaSUS Paraná.

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA DO PACIENTE NO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES DA 5ª REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

ELIZIANE GUIBES NEVES, SANDY GEMBRO SANTANA, LEDINEI DE FÁTIMA FERNANDES, ALESSANDRA PANIZZON, DAIANE OTTONELLI, GABRIEL KOERICH BRATI, VALDINEI ANTÔNIO DE MORÃES

Guarapuava - 5ª RS - Guarapuava

Unidade Vitrine AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Garantir a correta identificação do paciente em todas as etapas do atendimento ambulatorial. Reduzir riscos relacionados à troca de pacientes, exames, procedimentos e informações clínicas. Promover o uso do painel digital para chamadas nominais seguras, organizadas e humanizadas. Sensibilizar e capacitar os profissionais quanto à importância da Meta Internacional de Identificação Segura do Paciente. Monitorar periodicamente a adesão ao protocolo, promovendo melhorias contínuas.

Contextualização: A partir da implantação das diretrizes do PlanificaSUS Paraná na Atenção Ambulatorial Especializada e após a criação do Núcleo de Segurança do Paciente, identificou-se a necessidade de estruturar e institucionalizar ações voltadas à segurança do paciente no AME, serviço de referência para 14 municípios consorciados da 5ª Região de Saúde do Paraná, com população superior a 385 mil habitantes. Anteriormente, embora existissem práticas assistenciais organizadas, não havia um protocolo formal de identificação segura do paciente. Diante desse cenário, foi implantado o Protocolo de Identificação Segura do Paciente, com estratégias como registro fotográfico integrado ao prontuário eletrônico, utilização de painel digital para chamadas nominais e conferência ativa da identificação, em consonância com os princípios do PlanificaSUS Paraná e da Rede de Atenção à Saúde.

Resultados / implicação prática: A implantação do Protocolo de Identificação Segura do Paciente promoveu a padronização dos processos de identificação em todos os setores do AME, fortalecendo a cultura de segurança e a responsabilização das equipes. Observou-se maior organização do fluxo assistencial, redução de riscos relacionados à troca de pacientes e melhoria da comunicação entre os profissionais. A utilização do painel digital para chamadas nominais e do registro fotográfico integrado ao prontuário eletrônico ampliou a segurança, a privacidade e a confiabilidade do atendimento. A experiência impactou positivamente os municípios dos municípios consorciados e evidenciou o papel estratégico da Atenção Ambulatorial Especializada como indutora de boas práticas no âmbito do PlanificaSUS Paraná.

Aprendizados: A experiência demonstrou que a segurança do paciente deve ser incorporada de forma transversal em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Atenção Ambulatorial Especializada. Destacam-se como pontos fortes o engajamento das equipes, o apoio da gestão e a utilização das ferramentas do PlanificaSUS Paraná como orientadoras do processo de mudança. Entre os principais desafios, evidenciaram-se a necessidade de mudança cultural e a sustentabilidade das ações de educação permanente. O aprendizado central foi compreender que a institucionalização da identificação segura qualifica o cuidado, fortalece o trabalho em equipe e amplia a resolutividade dos serviços regionais.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#)

AMPLIAÇÃO DO ACESSO E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O PROJETO “SAÚDE MAIS PERTO DA COMUNIDADE” COMO ESTRATÉGIA DO PLANIFICA SUS.

BRENDA SALES DOS SANTOS COLAÇO, NICOLLY AMBONI OSTROSKI GALLINA, SONIA MARA DE OLIVEIRA BERNARDI, SIRLEI FATIMA FERREIRA MACHADO MOHR, MARIA DE LOURDES SACON, CELSO MARCANSSONI, KATIANE DOS SANTOS DAGA, LALIDANI APARECIDA SAFRAIDER

Rio Bonito do Iguaçu - 5ª RS - Guarapuava

ESF Saúde Arapongas 1 - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Analisar a implementação do projeto “Saúde Mais Perto da Comunidade” como estratégia de ampliação do acesso, fortalecimento do cuidado longitudinal e qualificação do acompanhamento de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na ESF Arapongas I.

Contextualização: O projeto Saúde Mais Perto da Comunidade foi desenvolvido a partir da primeira atividade de dispensação do Planifica SUS, como estratégia de intervenção frente aos entraves identificados nos macroprocessos da ESF Arapongas I. O diagnóstico situacional evidenciou elevado contingente de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus sem acompanhamento sistemático e sem estratificação de risco, em desacordo com os princípios da integralidade e da equidade do cuidado. Observou-se, ainda, dificuldade de acesso da população à unidade de saúde, agravada pelas condições precárias das vias de acesso e pela ausência de transporte público, limitando a adesão às ações preventivas. Com vistas à reorganização do cuidado às condições crônicas, especialmente por meio do grupo HIPERDIA, a equipe multiprofissional passou a realizar atendimentos em centros comunitários, ampliando o acesso, fortalecendo o vínculo e promovendo a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Resultados / implicação prática: A iniciativa realizou 112 atendimentos nos dias 10 e 17 de setembro e 1 e 15 de outubro, ofertando serviços de atualização vacinal, avaliação dos pés diabéticos, consultas médicas e odontológicas, e ações educativas. O projeto contribuiu para a melhoria dos indicadores de APS relacionados ao manejo de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Destaca-se a avaliação dos pés em usuários diabéticos, cujo indicador evoluiu de 2,2% em agosto para 32,4% em novembro de 2025, sendo 41,6% dos exames realizados no âmbito do projeto. Observou-se incremento no acompanhamento de usuários com condições crônicas, de 331 para 410 hipertensos e de 87 para 148 diabéticos, e avanço na estratificação de risco: 49% dos hipertensos (41% alto risco) e 100% dos diabéticos (45% alto risco), alinhando-se às diretrizes da APS para integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Aprendizados: O projeto Saúde Mais Perto da Comunidade foi interrompido em novembro devido a um tornado, impondo à equipe o desafio de redesenhar estratégias, com ampliação das ações em saúde mental, previamente previstas e alinhadas à equipe e-Multi. Apesar de incipiente, o projeto garante acesso de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação do cuidado em tempo oportuno, por meio de acolhimento com classificação de risco, contribuindo para a redução da agudização de condições crônicas e reafirmando a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada estruturante do SUS. Ademais, a iniciativa reduziu a sobrecarga da unidade ao absorver demandas de menor complexidade, permitindo melhor organização da agenda e ampliação de espaços para capacitação, planejamento e qualificação do processo de trabalho da equipe.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#)

FORTELECIMENTO DA APS COMO COORDENADORA DO CUIDADO: REDUÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS À ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM MANGUEIRINHA/PR APÓS A IMPLANTAÇÃO DO PLANIFICASUS

LUIZ FERNANDO GONÇALVES DE MORAES

Mangueirinha - 7ª RS - Pato Branco

Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: 1. Demonstrar o impacto da implantação do PlanificaSUS na organização dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde em Mangueirinha/PR. 2. Analisar a redução do número de encaminhamentos para a atenção especializada após a adoção do modelo PlanificaSUS. 3. Evidenciar o aumento da resolutividade da APS e a redução de gastos decorrentes de encaminhamentos desnecessários.

Contextualização: Antes da implantação do PlanificaSUS, o município de Mangueirinha/PR enfrentava elevado número de encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde para a atenção especializada, muitos deles considerados evitáveis. Observava-se fragilidade na estratificação de risco, no planejamento do cuidado, na organização da agenda e na definição clara do papel coordenador da APS na Rede de Atenção à Saúde. Com a adesão ao PlanificaSUS Paraná, iniciou-se um processo estruturado de reorganização da APS, alinhado às diretrizes do SUS e aos instrumentos metodológicos do PlanificaSUS, como territorialização, classificação de risco familiar, organização da agenda por bloco de horas, definição de fluxos assistenciais, fortalecimento do autocuidado apoiado e elaboração de planos de cuidado. O processo contou com o envolvimento da gestão municipal, das equipes de Saúde da Família e do apoio institucional, promovendo mudanças graduais e sustentadas nos processos de trabalho.

Resultados / implicação prática: A ESF Central I, definida como equipe laboratório do PlanificaSUS em Mangueirinha/PR, apresenta série histórica que evidencia os efeitos da reorganização da Atenção Primária à Saúde. Entre 2018 e 2025, o número de consultas manteve-se estável, variando entre 3.152 e 4.836 atendimentos/ano, demonstrando que a redução dos encaminhamentos não ocorreu por diminuição do acesso. A implantação efetiva do PlanificaSUS ocorreu a partir de 2023, com consolidação em 2024, quando os encaminhamentos reduziram de 756 para 446, representando diminuição aproximada de 41%, sem prejuízo do volume de consultas. Em 2025, os encaminhamentos mantiveram-se em patamar inferior ao período pré-PlanificaSUS, indicando sustentabilidade do modelo. Os resultados refletem a reorganização dos processos de trabalho, a qualificação clínica das equipes e o fortalecimento do papel coordenador da APS na Rede de Atenção à Saúde, com impactos positivos na resolutividade do cuidado e no uso racional dos recursos públicos.

Aprendizados: A experiência evidenciou que o PlanificaSUS é uma ferramenta potente para qualificar a Atenção Primária à Saúde, desde que haja envolvimento ativo da gestão municipal e das equipes. Entre os principais aprendizados destacam-se a importância do planejamento baseado em dados, do acompanhamento contínuo dos indicadores assistenciais e da educação permanente dos profissionais. Como desafios, identificaram-se a necessidade de mudança de cultura assistencial, a resistência inicial de alguns profissionais e o tempo necessário para a consolidação das novas práticas. Ainda assim, os resultados alcançados demonstram que investir na APS como ordenadora do cuidado gera ganhos assistenciais, organizacionais e financeiros. A experiência mostrou-se replicável em outras equipes de Atenção Primária à Saúde, especialmente em municípios de pequeno porte, desde que haja apoio da gestão, adesão das equipes e uso sistemático dos instrumentos do PlanificaSUS.

Ao fortalecer a APS como coordenadora do cuidado, o município avançou na qualificação da assistência e no uso mais racional dos recursos públicos, reduzindo a dependência desnecessária da atenção especializada e reafirmando a APS como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde.

IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE REGULAÇÃO EM ENDOCRINOLOGIA PARA QUALIFICAR O ACESSO E REDUZIR FILAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

NATALIE SETIN MOTTER, JÉSSICA FRANCIELI LUVISA, ADRIANO PEREIRA PEDROSO, JOÃO VITOR NOGUEIRA AQUINO

Francisco Beltrão - 8ª RS - Francisco Beltrão

CONSUD – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: 1) Qualificar o acesso às consultas ambulatoriais de endocrinologia por meio da implantação de protocolo de regulação baseado em critérios clínicos e evidências científicas. 2) Reduzir filas de espera e encaminhamentos inadequados, fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado. 3) Promover o cuidado compartilhado, minimizando o chamado “efeito velcro” e assegurando a devolução responsável dos pacientes à APS quando não houver indicação de seguimento especializado.

Contextualização: A Atenção Ambulatorial Especializada é um ponto sensível na organização das Redes de Atenção à Saúde, especialmente em especialidades de alta demanda. A ausência de critérios claros para encaminhamento resulta em filas extensas e uso inadequado das vagas. Em consonância com a Política Nacional de Regulação e os pressupostos do PlanificaSUS Paraná, identificou-se no âmbito do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste (CONSUD) elevada demanda reprimida para consultas em endocrinologia, com 2.950 pacientes em fila em outubro de 2024, comprometendo o acesso oportuno aos casos prioritários. Diante desse cenário, foi elaborado e implantado um Protocolo de Regulação para acesso às consultas ambulatoriais de endocrinologia, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e do PlanificaSUS, definindo critérios mínimos para encaminhamento, exigência de documentação clínica e exames obrigatórios, além de situações passíveis de acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Resultados / implicação prática: A implantação do protocolo gerou impactos expressivos e mensuráveis na organização do acesso à endocrinologia, evidenciados pela redução progressiva da fila de espera. Em outubro de 2024 havia 2.950 pacientes aguardando consulta; em agosto de 2025, anteriormente a regulação via sistema, 2.885 pacientes; e em janeiro 2026 a fila foi reduzida para 715 pacientes. A redução esteve associada à qualificação do acesso, com priorização de usuários com real necessidade de avaliação em nível secundário. Observou-se diminuição de encaminhamentos inadequados, ampliação da resolutividade da Atenção Primária e fortalecimento do cuidado compartilhado, com retorno seguro de pacientes clinicamente estáveis à APS por meio de contrarreferência estruturada. A iniciativa promoveu reorganização da agenda da atenção especializada e redução do “efeito velcro”, permitindo ao endocrinologista concentrar-se em casos de maior complexidade clínica. Atua conforme princípios do PlanificaSUS Paraná no SUS regional.

Aprendizados: Com a implantação do protocolo de regulação para acesso às consultas ambulatoriais de endocrinologia, evidenciou-se que a qualificação do acesso depende de critérios clínicos claros, da padronização das informações e da integração entre os diferentes pontos da RAS. O fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado ampliou a resolutividade dos casos de menor complexidade, reduzindo encaminhamentos inadequados e a fila de espera. Observou-se que o protocolo contribuiu para maior equidade na priorização dos usuários, assegurando acesso oportuno aos pacientes com maior risco e maior complexidade clínica. Como principais dificuldades enfrentadas no processo de implantação, destaca-se a necessidade de reorganização do sistema e a resistência inicial à incorporação de novos fluxos e processos de trabalho. Apesar desses desafios, a experiência reforça que a regulação assistencial baseada em evidências otimiza o uso das vagas e fortalece a integração entre a APS e a AAE no âmbito do SUS.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EXITOSA NO MUNICÍPIO DE VERÊ – PR **CIDIANE JACQUES MENEZES NUERNBERG, ELIANE SANDRA MATTEI CALGAROTTO, PAULA APARECIDA COLODA DENGÓ**

Verê - 8ª RS - Francisco Beltrão

Secretaria Municipal de Saúde de Verê – PR, Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), ESF-Sede Progresso, ESF - Presidente Kennedy, ESF - Flores - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Implementar e qualificar a estratificação de risco da população idosa no município de Verê, com vistas à identificação precoce de fragilidade, organização do cuidado, fortalecimento do acompanhamento longitudinal e direcionamento das ações assistenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Contextualização: A experiência foi desenvolvida no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Verê, alinhada às diretrizes do PlanificaSUS, que propõe a organização da Rede de Atenção à Saúde com foco no cuidado contínuo, coordenado e centrado na pessoa idosa.

O IVCF-20, estratificação de risco da pessoa idosa constitui ferramenta essencial para o ordenamento do cuidado, permitindo identificar níveis de vulnerabilidade e orientar intervenções conforme a complexidade.

No município, as equipes de ESF Presidente Kennedy, Sede Progresso e Saúde das Flores realizaram a estratificação de todos os idosos adscritos totalizando 1944 idosos com periodicidade semestral.

O processo foi executado pelas Agentes Comunitárias de Saúde, sob supervisão das enfermeiras responsáveis, fortalecendo o trabalho em equipe, o vínculo com o território e a longitudinalidade do cuidado, princípios fundamentais do PlanificaSUS.

Resultados / implicação prática: A estratificação de 100% da população idosa municipal permitiu classificar os usuários por grau de risco, otimizando agendas e priorizando casos de maior fragilidade.

Os dados foram registrados nos sistemas IDS sistema próprio, e o SIPI Sistema de Informação da Pessoa Idosa no Paraná, garantindo a qualificação das informações e subsidiando a tomada de decisão pelas equipes de saúde.

A partir dos resultados, foram desenvolvidas ações específicas de acompanhamento aos idosos mais vulneráveis, incluindo visitas domiciliares, monitoramento clínico sistemático e encaminhamentos e serviços necessários, conforme as necessidades identificadas, além da Atenção Especializada quando indicado era encaminhado para o MACC, ampliando o acesso e a resolutividade do cuidado, fortalecendo a integração entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada, contribuindo para a integralidade do cuidado.

O município também foi contemplado com o programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa mostrando que estamos preocupados com a promoção do envelhecimento saudável

Aprendizados: • A estratificação de risco é uma ferramenta fundamental para o planejamento e a organização do cuidado à pessoa idosa.

- O protagonismo das ACS, aliado à supervisão das enfermeiras, fortalece o trabalho em equipe e o vínculo com o território.
- A utilização adequada dos sistemas de informação qualifica o acompanhamento e a tomada de decisão.
- A integração entre APS e atenção especializada amplia a resolutividade do cuidado.
- A experiência reforça a importância da continuidade do processo para garantir cuidado integral, humanizado e centrado na pessoa idosa.

IMPLEMENTAÇÃO DE QR CODE COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO DO ACESSO À OUVIDORIA DO CONSUD

RAVLIM CAMPO, TÁBATA CRISTINA COLUSSI, PATRICIA DOS SANTOS

Francisco Beltrão - 8ª RS - Francisco Beltrão

Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste (CONSUD) - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Facilitar o acesso da população aos canais da Ouvidoria do CONSUD por meio do uso de QR Code. Ampliar a participação social, incluindo pesquisas de satisfação do Programa QualiCIS. Fortalecer a escuta qualificada e o apoio à gestão do SUS.

Contextualização: A experiência foi iniciada no final do ano de 2023 no CONSUD, em Francisco Beltrão – PR. Antes da intervenção, a Ouvidoria apresentava limitações de acesso pelos usuários, relacionadas ao desconhecimento dos canais formais e às barreiras tecnológicas. A Ouvidoria já atuava no recebimento de manifestações e na realização de pesquisas de satisfação do Programa QualiCIS, porém com alcance restrito. Em alinhamento às diretrizes do PlanificaSUS, especialmente quanto à organização dos processos de trabalho, comunicação e coordenação do cuidado, foi implementada a estratégia de uso do QR Code, disponibilizado tanto para acesso direto à Ouvidoria quanto para a aplicação das pesquisas de satisfação, ampliando o alcance e a participação dos usuários.

Resultados / implicação prática: Após a implementação do QR Code, observou-se aumento expressivo no acesso à Ouvidoria e às pesquisas de satisfação. Em 2024, foram registrados 64 atendimentos, enquanto em 2025 o número passou para 193 atendimentos. A ferramenta facilitou o acesso dos usuários às pesquisas do Programa QualiCIS, ampliou a diversidade de participantes, reduziu a demanda presencial e fortaleceu a visibilidade institucional da Ouvidoria, qualificando a escuta e subsidiando a tomada de decisão pela gestão.

Aprendizados: Destacam-se como pontos fortes a integração entre Ouvidoria e pesquisas de satisfação, a simplicidade, o baixo custo e a facilidade de uso do QR Code, além de sua possibilidade de replicação. Como desafios, identificou-se a necessidade de divulgação contínua, sensibilização das equipes e apoio aos usuários com menor familiaridade digital. A experiência demonstrou-se exitosa, sustentável e alinhada às diretrizes do PlanificaSUS.

IMPLANTAÇÃO DO HORÁRIO ESTENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: AMPLIAÇÃO DO ACESSO E RESULTADOS ASSISTENCIAIS

REBECA KIRIENCO WASLAWICK, ELISANGELA SONIA AMPESSAN VICTORIO, RENATO DE OLIVEIRA MASIERO, YOHANA SCHAFASCHECK GOULART

Matelândia - 9ª RS - Foz do Iguaçu

Unidade Básica de Saúde Dorinho Rissatto. - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Ampliar o acesso da população trabalhadora aos serviços de Atenção Primária à Saúde por meio de horários estendidos;

Descrever a atuação da equipe multiprofissional na organização do cuidado;

Apresentar os resultados assistenciais obtidos a partir da implantação da estratégia, de acordo com as diretrizes do PlanificaSUS Paraná.

Contextualização: A Unidade Básica de Saúde Dorinho Rissatto juntamente com a gestão do município verificou que a população trabalhadora enfrenta dificuldades para acessar os serviços de Atenção Primária à Saúde devido à incompatibilidade entre os horários de funcionamento da unidade e as jornadas de trabalho dos usuários. Em conformidade com as diretrizes do PlanificaSUS Paraná, a equipe multiprofissional, formada por técnica de enfermagem, enfermeira, médico e farmacêutica, implementou o horário estendido das 17h às 19h, a partir de 8 de setembro de 2025. A proposta incluiu a reestruturação da agenda, a adaptação dos fluxos assistenciais e a integração das práticas profissionais, visando aumentar o acesso, promover o cuidado integral e fortalecer a APS como a porta de entrada do sistema de saúde.

Resultados / implicação prática: No período de 08/09/2025 a 08/01/2026, a equipe multiprofissional, atuando em horário estendido, conseguiu realizar 311 consultas médicas e mais de 1.200 procedimentos. Foram oferecidos serviços como verificação de sinais vitais, administração de medicamentos endovenosos, intramusculares e orais, vacinas, punções, coleta de exames citopatológicos, testes rápidos, avaliação multidimensional de idosos, medição de glicemia capilar, fornecimento de materiais para curativos, realização de eletrocardiogramas, lavagem de ouvidos, consultas de pré-natal e curativos simples. A farmacêutica forneceu medicamentos, incluindo antibióticos, com instruções sobre como usá-los de forma correta e segura. A colaboração entre técnica de enfermagem, enfermeira, médico e farmacêutica resultou em atendimentos mais eficazes, maior disponibilidade de serviços e diminuição das barreiras de acesso para a população.

Aprendizados: A experiência mostrou que a colaboração da equipe multiprofissional é essencial para a eficácia do horário estendido na Atenção Primária à Saúde. O planejamento colaborativo, a comunicação entre os profissionais e o reconhecimento das responsabilidades de cada categoria foram destacados como aspectos positivos. Como desafio, identificou-se a demanda por monitoramento constante dos indicadores e da viabilidade da estratégia, garantindo a conformidade com as diretrizes do PlanificaSUS Paraná.

EFETIVIDADE DAS ESTRATÉGIAS DE AMPLIAÇÃO DO USO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU, PR

RICARDO ZASLAVSKY

Foz do Iguaçu - 9ª RS - Foz do Iguaçu

Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: avaliar a efetividade das estratégias de retomada do uso do IVCF-20 na Atenção Primária à Saúde APS de Foz do Iguaçu, PR

Contextualização: O Índice de vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é uma ferramenta de detecção de vulnerabilidade clínico-funcional de pessoas idosas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Os idosos são classificados em baixo, moderado ou alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, e esta classificação deve direcionar o planejamento de ações conforme o grau de risco mais prevalente em cada território. Essa implantação traz desafios. Dentre eles, as melhores formas de incorporação dela no processo de trabalho na APS e a ampliação da cobertura municipal num cenário de população estimada de pessoas idosas de 40.619 pessoas. Foz do Iguaçu definiu estratégias específicas e implantou a realização do IVCF-20 em Março/23. Apesar do impulso inicial, diversos fatores levaram à redução significativa de sua aplicação ao longo do tempo. Em junho/25, após reuniões com equipes do projeto-piloto do PlanificaSUS, novas estratégias de avanço na aplicação do IVCF-20 na APS foram traçadas.

Resultados / implicação prática: A partir das reuniões com equipes do projeto-piloto, traçaram-se novas estratégias de realização do IVCF-20: 1) Passaria a ser aplicado apenas por profissionais de nível superior; 2) A etapa de “validação” (Etapa criada no sistema local de prontuários para que profissionais de nível superior certificassem estratificações feitas por ACS's) seria extinta; 3) Flexibilidade nas decisões de alguns aspectos do reinício das estratificações propiciando maior empoderamento e protagonismo das equipes de APS na melhor maneira, para ela, de retomar este trabalho; 4) Ampla disponibilidade de apoio da linha de cuidado de saúde do idoso para este reinício caso demandado pelas equipes de APS. Entre Março/23 e Maio/25, foram realizadas 3.691 estratificações no município e entre Junho/25 e Janeiro/26 foram realizadas 5763 estratificações (Aumento de 56,1% em um período 75% menor). Esse aumento foi visto em todos os cinco distritos sanitários e variou de 18,04% no distrito Oeste a 176,6% no distrito Sul.

Aprendizados: 1) A estratégia de reuniões individuais com equipes de APS, apesar de mais longa, é mais efetiva do que reunir-se com todos os profissionais ao mesmo tempo para dar apenas uma explicação geral a todos, pois permite contemplar necessidades particulares de cada equipe na reorganização desta ação; 2) A baixa cobertura de microáreas por ACS's em algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) é um fator desafiador no avanço das estratificações, porém não impossibilita o trabalho haja vista diferentes UBS's com deficiências comparáveis nessa cobertura com percentuais diferentes na realização da estratificação; 3) A existência de um sistema que tenha relatórios com filtros até microáreas permite detectar áreas cuja distribuição dos riscos da pessoa idosa demanda mais serviços de reabilitação e outras demandantes de promoção e prevenção primária e identificar equipes que, apesar das reuniões, mostraram pouco avanço nas estratificações demandando um olhar especial a elas para manter seu avanço.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#)

IMPLANTAÇÃO DO SETOR DE REGULAÇÃO MÉDICA DE ESPECIALIDADES E EXAMES COMO ESTRATÉGIA DE REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DA APS

ZAIRA DENIZE FORTUNATO DE ALMEIDA, ANA CARLA LOPES BRANDALISE, KAREN PERES HERNANDES, TARLIZA ROMANA NARDELLI

Corbélia - 10ª RS - Cascavel

Prefeitura de Corbélia / Secretaria Municipal de Saúde - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Reorganizar os processos de trabalho da APS garantindo acesso justo, equitativo e transparente aos serviços especializados, de acordo com a real necessidade clínica dos usuários. Qualificar os encaminhamentos a partir da avaliação técnica médica, reduzindo encaminhamentos indevidos e filas de espera injustificadas. Do ponto de vista da gestão, a iniciativa buscou ordenar a demanda, reduzir o tempo de espera e garantir acesso prioritário aos usuários com maior necessidade clínica.

Contextualização: Antes da intervenção, o município de Corbélia apresentava fragilidades na organização das filas de espera para consultas especializadas e exames eletivos, com elevado número de encaminhamentos, dificuldade de monitoramento, baixa transparência dos fluxos e insatisfação dos usuários. A ausência de critérios técnicos padronizados e de centralização dos encaminhamentos comprometia a equidade no acesso e fragilizava o papel da APS como ordenadora do cuidado. Alinhada às diretrizes do PlanificaSUS Paraná, especialmente à Etapa 3 – Acesso à Rede de Atenção à Saúde, que orienta a organização dos fluxos assistenciais, o uso de protocolos clínicos e a qualificação do acesso à Atenção Ambulatorial Especializada, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o setor de regulação médica de especialidades e exames. A iniciativa buscou estruturar processos, ordenar a demanda, promover a equidade e fortalecer a resolutividade da APS, em consonância com o planejamento orientado por risco e território.

Resultados / implicação prática: Após a implantação do setor de regulação, toda a fila dos encaminhamentos para atenção secundária, bem como as solicitações de exames de média e alta complexidade foram avaliados e regulados pelo médico regulador. Observou-se redução de cerca de 38% da fila de espera para consultas especializadas, associada à redução de 18% dos encaminhamentos para especialistas e ao aumento de 6% na taxa de resolutividade das UBSs. A regulação médica, baseada em protocolos clínicos e classificação de risco, qualificou os encaminhamentos, reduziu retrabalhos e ampliou a transparência dos fluxos assistenciais. A estratégia fortaleceu a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado, garantindo que os usuários fossem acompanhados longitudinalmente pelas equipes, mesmo nos casos de encaminhamentos devolvidos ou indeferidos, conforme os princípios do cuidado integral. A reorganização dos processos otimizou a oferta especializada e aprimorou a comunicação entre os níveis de atenção e a gestão municipal.

Aprendizados: A experiência evidenciou que a implantação de um setor de regulação estruturado é ferramenta estratégica para reorganizar processos de trabalho, qualificar o acesso e fortalecer a coordenação do cuidado pela APS. Destacou-se a importância do uso de protocolos clínicos, do monitoramento sistemático das filas e da responsabilização das equipes no cuidado longitudinal dos usuários. Como desafios, permanecem a consolidação do monitoramento contínuo dos indicadores, o fortalecimento permanente da resolutividade da APS e a sustentabilidade da estratégia diante das variações da oferta especializada. Ainda assim, a experiência reafirma o potencial do PlanificaSUS Paraná como diretriz para mudanças concretas nos processos de trabalho e para a qualificação da Rede de Atenção à Saúde no âmbito municipal.

Anexos: [Link](#)

SAÚDE DA MULHER EM FOCO: AMPLIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER POR MEIO DE ATENDIMENTOS EM HORÁRIO ESTENDIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ZAIRA DENISE FORTUNATO DE ALMEIDA, AMANDA CARNIEL, ANA CARLA LOPES BRANDALIZE, DANIELLE CRISTINE LENGLER

Corbélia - 10ª RS - Cascavel

UBS Eclea Wolf - Bairro Santa Catarina / Secretaria Municipal de Saúde de Corbélia - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Analisar os resultados da implementação de atendimentos em horário estendido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Corbélia como estratégia para ampliar o acesso das mulheres economicamente ativas às ações de promoção, prevenção e cuidado integral à saúde, à luz das diretrizes do PlanificaSUS Paraná voltadas à ampliação do acesso e à organização da Rede de Atenção à Saúde.

Contextualização: Antes da intervenção, o acesso das mulheres às ações preventivas na Atenção Primária à Saúde encontrava-se limitado pelo horário convencional de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (7h30 às 12h e 13h30 às 17h), incompatível com as jornadas de trabalho e responsabilidades domésticas da população feminina economicamente ativa. A análise dos dados de produção assistencial revelou exames preventivos em atraso, baixa adesão em determinados territórios e oscilações mensais significativas na realização do exame citopatológico do colo do útero entre as seis UBS do município. Nesse contexto, a Secretaria Municipal de Saúde implantou, entre os meses de julho e outubro, atendimentos em horário estendido até às 21 horas, duas noites por mês, em todas as UBS. A organização das agendas e busca ativa foi realizada pelas ACS e gerentes das unidades, com base na análise de dados dos sistemas de informação, priorizando mulheres com exames preventivos em atraso.

Resultados / implicação prática: No período pré-intervenção, foram realizados 1.154 exames preventivos do câncer do colo do útero nas seis UBS do município, com média mensal aproximada de 231 exames e variações importantes entre unidades e meses, evidenciando barreiras de acesso relacionadas ao horário convencional. Com a implantação do horário estendido entre julho e outubro, observou-se ampliação progressiva do acesso, maior adesão das usuárias e melhor distribuição da demanda entre as unidades. Somente no mês de outubro, foram realizadas 313 coletas de citopatológico, representando aumento aproximado de 35% em relação à média mensal anterior. No mesmo período, foram ofertados de forma integrada outros procedimentos, como 290 testes rápidos para ISTs, 275 avaliações das mamas, 180 solicitações de mamografia e 175 avaliações odontológicas. A estratégia favoreceu o cuidado integral, reorganização dos fluxos e fortalecimento da APS no cuidado preventivo à saúde da mulher.

Aprendizados: A experiência evidenciou que a adequação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde às necessidades da população é estratégia efetiva para ampliar o acesso equitativo às ações preventivas. O aumento significativo da realização de exames preventivos em curto período reforçou a importância do uso de dados de produção para subsidiar decisões de gestão e orientar o planejamento local. Destacou-se, ainda, a articulação entre equipes, Agentes Comunitárias de Saúde e campanhas estratégicas como elemento central para ampliar a adesão das usuárias. Como desafios, permanecem a institucionalização do horário estendido como política permanente, o monitoramento contínuo dos indicadores e a sustentabilidade da estratégia. Ainda assim, a iniciativa reafirma o potencial da Atenção Primária à Saúde para reorganizar seus processos de trabalho e fortalecer o cuidado integral à saúde da mulher, em consonância com os princípios do PlanificaSUS Paraná.

Anexos: [Link](#)

CUIDADO QUE VAI ATÉ O PACIENTE: A FORÇA DO TRABALHO DO ACS NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO

BEATRIZ GARCIA

Juranda - 11ª RS - Campo Mourão

UBS Nossa Senhora Mae de Deus - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: O nosso projeto tem como base fortalecer o vínculo e a confiança com nosso paciente hipertenso, fazer com que ele se cuide de forma simples e eficaz.

Agilizando os processos e dando maior qualidade de vida

Ampliar o acompanhamento dos pacientes hipertensos, garantindo acesso aos exames, monitoramento contínuo da pressão arterial e adesão às consultas, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde.

Contextualização: Com a implantação do PlanificaSUS e a priorização da linha de cuidado das condições crônicas pela 11ª Regional de Saúde de Campo Mourão, o município reorganizou o acompanhamento dos pacientes hipertensos com foco no cuidado contínuo e na prevenção de complicações. No início do processo, identificava-se baixa adesão às consultas, dificuldade de acesso aos exames e pouco monitoramento regular da pressão arterial, refletindo diretamente nos indicadores de saúde. Diante dessa realidade, a equipe da Atenção Primária estruturou um fluxo de cuidado mais próximo do território, com atuação direta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), fortalecendo o vínculo com os pacientes e facilitando o acesso aos serviços. A experiência foi organizada com base no trabalho integrado entre equipe de enfermagem, médicos, nutricionista e ACS, estruturando um fluxo contínuo de cuidado: A enfermeira realiza a solicitação dos exames de perfil lipídico dos pacientes hipertensos; Os ACS realizam a entrega dos pedidos de exames diretamente nas residências; Durante a visita domiciliar, é feita a aferição da pressão arterial, utilizando o conhecimento adquirido no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde; Os resultados dos exames são encaminhados diretamente para a Unidade Básica de Saúde; As enfermeiras avaliam os resultados e organizam os agendamentos das consultas; As consultas são priorizadas conforme o grau de gravidade de cada caso, sendo direcionadas para atendimento médico ou de enfermagem; Os ACS retornam aos domicílios para entregar os resultados dos exames e informar a data das consultas; Junto com os resultados, é entregue orientação alimentar elaborada pelo nutricionista; Quando necessário, é realizada a organização das “farmacinhas” (separação e orientação do uso correto das medicações), facilitando o tratamento e promovendo adesão; Nos casos de ausência às consultas, é realizada busca ativa no domicílio, com nova aferição da pressão arterial e reforço das orientações.

Resultados / implicação prática: A iniciativa impactou diretamente na melhoria dos indicadores do Previne Brasil, conforme dados do SISAB: Quadrimestre 01/2022 (início do PlanificaSUS): 49% de proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre. Quadrimestre 01/2025 (após 3 anos de trabalho contínuo na linha de cuidado das condições crônicas): 64% de proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre.

O aumento de 15 pontos percentuais demonstra o fortalecimento do acompanhamento longitudinal, o maior acesso ao cuidado e o impacto direto da atuação dos ACS no território

Aprendizados: A experiência mostrou que o cuidado que vai até a casa do paciente reduz barreiras, fortalece o vínculo e aumenta a adesão ao tratamento.

O papel do ACS, aliado à capacitação técnica para aferição de pressão arterial, tornou-se fundamental para o monitoramento contínuo dos pacientes hipertensos, permitindo identificar precocemente alterações e garantir encaminhamento oportuno.

A integração entre equipe, organização do processo de trabalho e atuação territorial demonstrou que o acompanhamento ativo e próximo da realidade das famílias é uma estratégia eficaz para qualificar o cuidado, melhorar indicadores e promover mais qualidade de vida à população.

QUANDO A AGENDA ORGANIZA, O CUIDADO ACONTECE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA NA ESF

MARCELO FRANCISCO MATOS, ARIANE RODRIGUES FERREIRA

Juranda - 11ª RS - Campo Mourão

UBS Nossa Senhora Mãe de Deus e UBS Primavera - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, reduzindo filas, agendamentos excessivamente longos e barreiras de entrada no sistema;

Organizar a demanda espontânea e programada, permitindo que a equipe atenda necessidades imediatas sem comprometer o acompanhamento longitudinal dos usuários;

Otimizar o tempo das equipes de saúde, promovendo melhor distribuição das atividades assistenciais, administrativas e educativas

Contextualização: O presente projeto teve início na etapa do planifica que foi dedicado a construção da agenda, com o programa PlanificaSUS, período marcado pelo amadurecimento dos processos de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) e pela necessidade de consolidação das mudanças propostas pelo modelo de atenção à saúde baseado no cuidado contínuo, planejado e centrado nas necessidades do território.

A experiência acumulada ao longo desses três anos evidenciou avanços importantes na organização dos serviços, contudo também revelou a necessidade de estruturar metas, objetivos e diretrizes claras para qualificar e padronizar as ações desenvolvidas, garantindo maior efetividade, monitoramento e sustentabilidade das iniciativas implementadas.

Nesse contexto, a elaboração deste projeto surge como estratégia fundamental para alinhar as práticas assistenciais aos princípios do PlanificaSUS, fortalecendo o papel da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A definição de metas e diretrizes visa orientar o processo de trabalho das equipes, promover maior integração entre os pontos de atenção e assegurar que as ações estejam direcionadas às reais necessidades da população adscrita.

Assim, o projeto se propõe a organizar, sistematizar e qualificar as ações desenvolvidas, contribuindo para a melhoria do acesso, da resolutividade e da qualidade da atenção prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados / implicação prática: A reorganização do processo de trabalho a partir da implantação do PlanificaSUS, com adoção da agenda organizada, cuidado programado e fortalecimento das ações de prevenção, trouxe mudanças importantes no perfil de atendimento da Atenção Primária.

Um dado significativo refere-se ao número de consultas médicas realizadas na APS:

2022 (início do PlanificaSUS): 28.964 consultas médicas no ano;

2025: 9.026 consultas médicas no ano.

A redução no número de consultas não representa diminuição da assistência, mas sim um reflexo direto da qualificação do cuidado e da mudança no modelo de atenção. Com o fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento contínuo dos pacientes crônicos e atuação mais ativa da equipe multiprofissional, houve diminuição da demanda por atendimentos repetitivos e descompensações evitáveis.

Esse resultado demonstra que:

Os pacientes passaram a ser acompanhados de forma mais organizada e preventiva;

Houve redução de atendimentos por agravamentos de condições crônicas;

A equipe conseguiu atuar mais na causa dos problemas e menos nas consequências;

O tempo de consulta passou a ser mais qualificado, permitindo escuta, acompanhamento e resolutividade maiores.

Associado a isso, observou-se também melhora nos indicadores assistenciais, como o aumento do acompanhamento de hipertensos:

2022: 49% com consulta e pressão arterial aferida no semestre;

2025: 64% após fortalecimento da linha de cuidado das condições crônicas.

Esse conjunto de resultados evidencia que a organização da agenda, a estratificação de risco, o trabalho dos ACS no território e o foco na prevenção contribuíram para reduzir a sobrecarga por demanda espontânea, melhorar o fluxo de atendimento e qualificar o cuidado prestado à população. Em 2022, o município registrava 16.793 consultas de enfermagem ao ano. Já em 2025, esse número passou para 11.337 consultas anuais.

Aprendizados: Em síntese, a diminuição no número de consultas médicas reflete um sistema mais organizado, resolutivo e preventivo, com impactos positivos na qualidade do atendimento e na saúde da população assistida.

Outro avanço importante observado com a reorganização do processo de trabalho foi a redução da demanda por consultas de enfermagem voltadas exclusivamente para atendimentos imediatistas, resultado direto do fortalecimento das ações de prevenção, educação em saúde e acompanhamento programado.

Essa redução não representa diminuição da assistência, mas sim uma mudança significativa na forma como a população utiliza os serviços de saúde. Um dos principais desafios enfrentados era a crença cultural de que apenas o atendimento médico tinha resolutividade. A partir das ações de educação em saúde, fortalecimento do vínculo e qualificação do trabalho da equipe multiprofissional, foi possível desmistificar essa percepção.

Com isso, observou-se:

Maior compreensão da população sobre o papel de cada profissional da equipe;

Uso mais adequado dos atendimentos, evitando consultas desnecessárias;

Fortalecimento das ações preventivas e do acompanhamento contínuo;

Redução da procura por atendimentos repetitivos e de baixa complexidade;

Melhoria na qualidade dos atendimentos realizados, com mais tempo e organização para os casos prioritários.

Assim como ocorreu com as consultas médicas, a diminuição no número de atendimentos de enfermagem reflete um modelo de cuidado mais organizado, resolutivo e centrado na prevenção, no acompanhamento das condições crônicas e na educação em saúde, promovendo maior autonomia dos usuários e melhor uso dos serviços da Atenção Primária

Anexos: [Link](#), [Link](#)

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA VEM SENDO PROGRESSIVAMENTE FORTALECIDA POR MEIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS ESTADUAIS, DESTACANDO AQUI O PLANIFICASUS.

ANDRÉIA LEMOS GOULART BARBOSA, FABIANA GOMES FERREIRA MACEDO, AMANDA STEFANI DA SILVA CRUZ

Cianorte - 13ª RS - Cianorte

CICENOP - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Qualificar o cuidado integral à pessoa idosa por meio de ações ambulatoriais multiprofissionais de aconselhamento, promovendo saúde, prevenindo agravos, assegurando o uso seguro de medicamentos e fortalecendo a articulação com a atenção primária à saúde, desenvolvendo as seguintes ações: • Realizar aconselhamento multiprofissional ao idoso e seus familiares durante as consultas especializadas, sobre as mais diversificadas dúvidas relacionadas ao tratamento; • Promover o uso seguro e racional de medicamentos, com foco na adesão terapêutica e redução de riscos, identificando e monitorando riscos relacionados à polifarmácia e interações medicamentosas; • Apoiar a APS por meio da construção e compartilhamento de planos de cuidado, visita técnica e matriciamento. • Estimular a educação em saúde, a autonomia e o autocuidado do idoso

Contextualização: Antes da intervenção, a realidade encontrada na rede de saúde do idoso QualiCIS, era marcada por fragmentação do cuidado e baixa integração entre os pontos da rede. Os idosos, em sua maioria políquelosos e portadores de múltiplas condições crônicas, percorriam diversas especialidades médicas, frequentemente em uso de polifarmácia, inclusive com medicamentos da mesma classe terapêutica. Observava-se baixa adesão ao tratamento, desconhecimento quanto às indicações, posologia e importância do uso correto dos medicamentos, além de riscos aumentados de eventos adversos. Familiares e cuidadores também apresentavam dificuldade na compreensão do plano terapêutico e no manejo do cuidado domiciliar. Era recorrente o desconhecimento sobre fatores extrínsecos e intrínsecos relacionados à prevenção de quedas, como riscos ambientais e mudanças posturais inadequadas. A partir das diretrizes do PlanificaSUS, especialmente aquelas voltadas à organização das redes de atenção à saúde, ao cuidado centrado na pessoa, à integração entre níveis assistenciais e à qualificação do cuidado às condições crônicas, foi possível realizar uma análise detalhada dos fluxos assistenciais e da forma como vinha sendo conduzido. A aplicação prática dessas diretrizes permitiu a reorganização do atendimento especializado, levantamento das fragilidades e criação de vínculos, promovendo maior segurança do paciente, racionalização do uso de medicamentos e melhoria da qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores, todos passaram a entender melhor a importância do cuidado e os reflexos que pequenas mudanças trouxeram para o bem estar físico e mental de todos os envolvidos.

Resultados / implicação prática: Com todos estes alinhamentos e revisão do fluxo, observou-se:

- Maior segurança e racionalidade no uso de medicamentos.
- Redução de agravos evitáveis e internações relacionadas a causas sensíveis à atenção ambulatorial.
- Melhora da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida dos idosos.
- Fortalecimento da integração entre atenção especializada e atenção primária à saúde.
- Consolidação da linha de cuidado da saúde do idoso no âmbito do QUALICIS/CICENOP.

Aprendizados: Os pontos fortes estão associados à reorganização do cuidado especializado com base nas prerrogativas do PlanificaSUS o que promoveu maior integração da rede, fortalecimento do cuidado centrado na pessoa e qualificação dos processos assistenciais. Ficou evidenciado que

a atuação multiprofissional aliada a uma abordagem clínica de fácil compreensão também favoreceu a racionalização do uso de medicamentos, a ampliação da segurança do paciente (tema abrangente e constante no PlanificaSUS) e a melhoria da comunicação entre equipes, usuários e cuidadores. Essas ações em conjunto resultaram em maior resolutividade do atendimento, melhor adesão ao tratamento e impactos positivos na qualidade de vida dos idosos e de quem participa do cuidado. Os desafios identificados concentram-se na complexidade do cuidado ao idoso diante da alta prevalência de condições crônicas, uso frequente de múltiplos medicamentos e necessidade de acompanhamento contínuo. Destacamos ainda como desafios a qualificação permanente das equipes, o monitoramento clínico e terapêutico constantes dos usuários e a ampliação das ações educativas voltadas a idosos, familiares e cuidadores com foco na adesão ao plano terapêutico e na prevenção de agravos.

SAÚDE DA MULHER: DESENVOLVENDO MÉTODOS E GARANTINDO ACESSO AO EXAME DE MAMOGRAFIA

BEATRIZ YOHANNA MILARE TESSEROLLI, MOIRA MACEDO BAHÚ NEGRIZOLLI

São Pedro do Paraná - 14ª RS - Paranavaí

UAPSF São Pedro do Paraná - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: - Identificar o público alvo, alcançando as mulheres que não frequentam a UBS e que nunca fizeram o exame, oferecendo a oportunidade em realizar o mesmo;

- Detectar precocemente lesões suspeitas de câncer de mama nas pacientes da faixa etária preconizada pelo MS;

- Organizar a agenda e ter controle sob os pedidos e realização de mamografias.

Contextualização: Temos em nosso município em média 358 mulheres entre 50 e 69 anos. Durante o processo de adequação às exigências do PlanificaSUS observamos que não dispúnhamos de total informação acerca dos pedidos/realização de exames de mamografia afim de prevenir, controlar e melhorar a qualidade do serviço, iniciamos um protocolo de busca dessas mulheres. Foi realizado um levantamento nominal das pacientes da faixa preconizada. Foram conferidos todos os arquivos onde continham datas de exames realizados nos últimos 2 anos com base nos dados coletados, as ACS iniciaram o processo de busca ativa das mulheres que não tinham realizado o exames nos últimos 2 anos para termos acesso aos dados pessoais das pacientes, recorremos ao sistema do CADSUS, uma ficha de pedido do exame foi pré-preenchida e encaminhada as ACS para o preenchimento das informações relativas à histórico familiar e pessoal, exames já realizados nas mamas, etc. Por fim, as fichas já totalmente preenchidas foram encaminhadas ao setor de agendamento onde se deu a continuidade marcando os exames.

Resultados / implicação prática: com a implantação dessa estratégia de controle e com a busca ativa feita com todas as mulheres com exame em atraso ou nunca realizado, conseguimos atingir até o momento 263 mulheres.

Mesmo com as ACS indo de porta em porta oferecendo a oportunidade em realizar os exames, elas encontraram resistência de algumas mulheres, algumas mostrando total desinteresse em fazer o exame, outras recusando por terem realizado a pouco tempo.

Aprendizados: com a busca ativa, muitas mulheres que não frequentam a UBS ou que nunca haviam feito mamografia tiveram seu pedido de exame solicitado.

Por mais que a busca tenha sido realizada para mulheres na faixa entre 50 e 69 anos, a equipe continua realizando a solicitação para as mulheres das outras idades, seja por indicação do médico ou por própria vontade da mulher.

O que almejamos com essa ação é garantir que todas as mulheres na faixa etária preconizada pelo ministério da saúde tenham a oportunidade de realizar a mamografia, garantindo assim uma detecção precoce de um possível câncer de mama.

AValiação DO Pé DIABÉTICO NA APS COMO ESTRATÉgia DE MELHORIA DO CUIDADO: EXPERIÊNCIA DO PLANIFICASUS EM UNIFLOR – PR

ISABELA TATIANE DE OLIVEIRA, GRAZIELE ROSANA FUMAGALI BONFIM, ELIANE MAGALHÃES DOS SANTOS, MAYCON VINÍCIUS FERRARI, DANIELI FURIO SILVA PASQUINI

Uniflor - 15ª RS - Maringá

Unidade Básica de Saúde Pedro Estércio - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência do município de Uniflor-PR na implantação e qualificação da avaliação do pé diabético na Atenção Primária à Saúde, no contexto do PlanificaSUS Paraná. Busca descrever o processo de implantação da avaliação sistematizada do pé diabético na Unidade Básica de Saúde, evidenciando a implementação da estratificação de risco e a padronização das práticas assistenciais pelas equipes da APS.

Contextualização: O diabetes mellitus representa um desafio para a Atenção Primária à Saúde, especialmente pela elevada incidência de complicações crônicas, como as lesões nos pés, que podem evoluir para infecções, amputações e impactos significativos na qualidade de vida. No município de Uniflor-PR, a implantação da avaliação sistematizada do pé diabético decorreu da necessidade de adequação às mudanças nos indicadores de qualidade, que passaram a exigir maior acompanhamento clínico e monitoramento contínuo. A análise do território evidenciou que usuários diabéticos frequentemente chegavam à unidade com lesões avançadas, revelando fragilidades no cuidado preventivo em pacientes diabéticos. Antes da intervenção, não havia registros de avaliação do pé diabético. Com a implementação das diretrizes do PlanificaSUS, houve a reorganização do cuidado e a incorporação da estratificação de risco, possibilitando a identificação e o tratamento precoce, reafirmando o papel da APS como coordenadora do cuidado.

Resultados / implicação prática: A implementação da avaliação do pé diabético em Uniflor-PR trouxe impactos positivos na organização do cuidado e na qualificação da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um município de pequeno porte com 2.316 habitantes e 216 diabéticos cadastrados, foi criado um checklist padronizado aplicado por meio de visitas domiciliares, com dia específico na agenda da equipe. Desde setembro de 2025, foram realizadas 140 avaliações, alcançando 64,81% de cobertura, com meta de 100% até abril de 2026. A maioria dos pacientes apresentou baixo risco, enquanto quatro foram identificados como alto risco e encaminhados oportunamente para avaliação. A ação também permitiu corrigir cadastros indevidos de diabetes, qualificando dados e indicadores. Destacou-se a atuação integrada da equipe multiprofissional, ampliando o cuidado integral, a resolutividade da APS e a prevenção de complicações, sendo uma experiência factível e replicável em municípios de pequeno porte no âmbito do PlanificaSUS Paraná.

Aprendizados: O PlanificaSUS Paraná desempenhou papel fundamental como indutor e organizador das mudanças no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde em Uniflor-PR. Suas diretrizes e ferramentas de monitoramento orientaram a análise crítica dos indicadores, permitindo identificar fragilidades no cuidado às pessoas com diabetes e planejar intervenções mais qualificadas no território. A metodologia do PlanificaSUS favoreceu a padronização das práticas assistenciais, o fortalecimento da busca ativa e a atuação integrada da equipe multiprofissional, ampliando a resolutividade da APS. Além disso, estimulou o uso qualificado dos sistemas de informação e a tomada de decisão baseada em evidências, reforçando o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. A experiência evidenciou que o PlanificaSUS é uma estratégia potente para qualificar o cuidado às condições crônicas e promover melhorias sustentáveis, inclusive em municípios de pequeno porte.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#)

ORGANIZAÇÃO DA AGENDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: IMPACTO DO BLOCO DE HORAS NA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E NO CUIDADO LONGITUDINAL**KARINA ALINE FERREIRA, KELLY FRANCIELE DA COSTA, RENATO CHIPS FARIA, VERA LUCIA CRISPIM, ROSÂNGELA NUNES ALMEIDA**

Apucarana - 16ª RS - Apucarana

Atenção Primária à Saúde (APS)/ UAPS Dr. Takaiti Miyadi - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Apresentar o impacto das ações programáticas após implantação dos atendimentos por Bloco de Horas. Exibir dados comparativos usando SIAPS nos meses de janeiro, julho e novembro de 2025.

Contextualização: Trata-se de relato de experiência desenvolvido ao longo de 2025, na Unidade Básica de Saúde Doutor Takaiti Miyadi, em Apucarana, vinculada à Autarquia Municipal de Saúde. Participaram do processo a gestão municipal e a equipe multiprofissional da Atenção Primária. Diante do predomínio de demanda espontânea e fragmentação da agenda, foi implantado o agendamento por bloco de horas como estratégia de reorganização do processo de trabalho. A implementação envolveu revisão das agendas, pactuação com a equipe e monitoramento contínuo dos atendimentos programados. A análise comparativa utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde, considerando os meses de janeiro, julho e novembro de 2025, permitindo avaliar a transição do modelo assistencial e a consolidação da estratégia.

Resultados / implicação prática: A implantação do bloco de horas promoveu mudança expressiva no perfil assistencial da unidade, ampliando o acesso programado e fortalecendo a longitudinalidade do cuidado. Observou-se transição de agenda fragmentada para modelo organizado, porém com dificuldade de aceitação por parte da população, que no início solicitavam muito os agendamentos diários com maior demanda de queixas agudas, e ruim aproveitamento da capacidade instalada. A consolidação da estratégia reduziu conflitos entre demanda espontânea e programada, qualificando a coordenação do cuidado.

Tabela 1 – Mudança do perfil de atendimento após implantação do bloco de horas. Apucarana-PR, 2025.

Período	Situação da Agenda	Numerador	Denominador	Percentual (%)	Interpretação do Perfil Assistencial
Janeiro/2025	Agenda fragmentada, sem bloco de horas consolidado	107	1.259	9,1%	Predomínio de demanda espontânea e baixo acesso programado
Julho/2025	Implantação e consolidação inicial do bloco de horas	474	1.597	30,5%	Transição do modelo e ampliação do acesso programado
Novembro/2025	Bloco de horas consolidado	1.026	1.175	87,9%	Predomínio de atendimentos programados e fortalecimento do cuidado longitudinal

A tabela evidencia crescimento progressivo dos atendimentos programados entre janeiro, julho e novembro, confirmando a efetividade da estratégia. Recomenda-se acompanhamento sistemático dos indicadores e pactuação permanente com a equipe para sustentabilidade da proposta.

Aprendizados: A experiência evidenciou que a reorganização da agenda por bloco de horas é uma ótima estratégia para qualificar o acesso e fortalecer a longitudinalidade do cuidado na Atenção Primária. A mudança favoreceu maior previsibilidade, melhor aproveitamento da capacidade instalada e transição de um modelo centrado na demanda espontânea para um cuidado programado e organizado no território. Entre os desafios, destacam-se a necessidade de mudança cultural da equipe e população, resistência inicial ao novo modelo, alto índice de absenteísmo, necessidade de monitoramento contínuo dos indicadores e equilíbrio permanente entre demanda espontânea e programada. Observa-se também a dificuldade de programação de todos os cuidados do território, com a equipe mínima que é colocada pela PNAB. A sustentabilidade da estratégia requer apoio da gestão, recursos humanos, análise sistemática de dados e compromisso coletivo com a organização do processo de trabalho.

AUTO CUIDADO APOIADO COM ESTRATÉGIA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.

KARLA RAFAELLA SEVERIANO DE ALMEIDA, IVONE REZENDE DA SILVA, TAMIRES CAROLINE DIAS BOSQUESI, ROSÂNGELA NUNES ALMEIDA

Bom Sucesso - 16ª RS - Apucarana

UBS Edvar Raniero, UBS Luiz Brugnolo Neto - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Relatar a experiência de implementação de uma intervenção de cessação do tabagismo baseada no auto cuidado apoiado no contexto dos ciclos de melhoria do PlanificaSUS na atenção primária à saúde.

Contextualização: Este relato de experiência descreve a implementação de uma intervenção voltada à cessação do tabagismo, baseada na estratégia de autocuidado apoiado, no contexto da Planificação da Atenção Primária à Saúde. A experiência foi desenvolvida ao longo de 2025, durante os ciclos de melhoria do PlanificaSUS, nas Unidades Básicas de Saúde Luiz Brugnolo Neto e Edvar Raniero, localizadas no município de Bom Sucesso, Paraná, vinculadas à Atenção Primária à Saúde. A iniciativa envolveu profissionais das equipes multiprofissionais das UBS, incluindo enfermeiros, médicos e demais trabalhadores da APS, com participação de usuários tabagistas adscritos ao território. A proposta surgiu a partir da identificação de elevada prevalência de usuários com doenças respiratórias associadas ao tabagismo, dependência de nicotina e múltiplas tentativas frustradas de cessação sem acompanhamento sistematizado, evidenciando a necessidade de reorganizar o cuidado ofertado a esse público. Como estratégia, foram estruturados grupos educativos de cessação do tabagismo, fundamentados no autocuidado apoiado, com realização de encontros presenciais, ações educativas e motivacionais, escuta qualificada e fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários. O acompanhamento longitudinal foi ampliado por meio de mensagens em grupos de WhatsApp, permitindo apoio contínuo, monitoramento do processo de cessação e estímulo à corresponsabilização pelo cuidado. A intervenção utilizou princípios e ferramentas do PlanificaSUS, como organização do cuidado por ciclos de melhoria, foco nas condições crônicas, fortalecimento do cuidado longitudinal e centralidade do usuário no processo terapêutico.

Resultados / implicação prática: A intervenção baseada no autocuidado apoiado resultou em impacto positivo na organização do cuidado às pessoas tabagistas na Atenção Primária à Saúde. Ao final do acompanhamento, observou-se que cerca de 80% dos participantes alcançaram a cessação do tabagismo, evidenciando a efetividade da estratégia adotada. Houve fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe, maior adesão às ações educativas e ampliação do cuidado longitudinal, com acompanhamento contínuo e corresponsabilização do usuário pelo seu processo de saúde. A experiência reforça que abordagens coletivas e educativas, alinhadas aos ciclos de melhoria do PlanificaSUS, favorecem práticas mais resolutivas e centradas no usuário. Recomenda-se a ampliação dessa estratégia em outros serviços, com garantia de apoio farmacológico, planejamento contínuo e integração das equipes, visando a sustentabilidade dos resultados e a redução das recaídas.

Aprendizados: A experiência evidenciou que o autocuidado apoiado, quando integrado aos ciclos de melhoria do PlanificaSUS, fortalece a adesão dos usuários e qualifica o cuidado longitudinal na Atenção Primária à Saúde. Destacou-se como aprendizado a potência das abordagens coletivas para troca de experiências, apoio mútuo e fortalecimento do vínculo entre equipe e participantes, bem como o uso de estratégias educativas e motivacionais associadas ao acompanhamento contínuo. O suporte por meio de ferramentas de comunicação ampliou a proximidade e o monitoramento do processo de cessação. Entre os desafios, identificaram-se a limitação de recursos farmacológicos, a dificuldade de manutenção da adesão em casos de maior dependência, os fatores psicossociais relacionados ao tabagismo e a ocorrência de recaídas, demandando acompanhamento permanente e estratégias sustentáveis no cuidado.

Anexos: [Link](#), [Link](#)

GRUPO DE IDOSOS: RESULTADOS NA APS COM CONVIVÊNCIA, SAÚDE MENTAL E MONITORAMENTO CLÍNICO PARA REDUZIR O ISOLAMENTO SOCIAL!

AMANDA HELLEN DUTRA DA SILVA, PAULA CRISTINA TOALDO MENDES, ELAINE MARIA ROSA, FRANCIELE APARECIDA DA SILVA, SANDRA ABREU, PATRÍCIA OLIVEIRA, JOZEMARA GONÇALVES

Wenceslau Braz - 19ª RS - Jacarezinho

PSF Los Angeles - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: 1. Promover convivência, integração e fortalecimento de vínculos entre idosos do território, estimulando participação ativa e sentimento de pertencimento.

2. Reduzir isolamento social, favorecendo bem-estar emocional, alegria, autoestima e melhora da saúde mental por meio de encontros periódicos e atividades coletivas.

3. Monitorar condições clínicas, incentivar autocuidado apoiado e acompanhar evolução com registros na carteirinha do idoso, comparando dados a cada encontro para orientar ações.

Contextualização: O isolamento social na pessoa idosa impacta diretamente a saúde mental, aumentando tristeza, solidão, desânimo e reduzindo a motivação para o autocuidado e para a participação comunitária. No território do PSF Los Angeles, observou-se baixa adesão dos idosos às ações coletivas e baixa procura espontânea da unidade, ocorrendo, em muitos casos, apenas em momentos de adoecimento. Conforme as diretrizes do PlanificaSUS Paraná, que incentivam a reorganização do processo de trabalho na APS, fortalecimento do cuidado longitudinal, monitoramento e ampliação das práticas de promoção da saúde, foi implantado em junho de 2025 o Grupo de Idosos Primavera. A iniciativa estruturou encontros trimestrais com acolhimento, lazer, rodas de conversa, educação em saúde e monitoramento clínico, incluindo registro na carteirinha do idoso e comparação periódica dos dados. O grupo tornou-se um espaço de pertencimento, escuta qualificada e fortalecimento de vínculo entre idosos e equipe, incentivando participação ativa e melhora do bem-estar.

Resultados / implicação prática: Antes da intervenção: idosos com pouca interação social, baixa participação em ações coletivas e relatos frequentes de desânimo e solidão, com vínculo fragilizado com a UBS fora de situações de doença. Após implantação do grupo: realização de 3 encontros trimestrais, com média de 50 a 60 idosos por encontro, totalizando aproximadamente 150 a 180 participações. Em todos os encontros houve avaliação clínica de 100% dos participantes, incluindo aferição de pressão arterial, medidas antropométricas, circunferência abdominal e panturrilha e HGT quando indicado. Implementou-se o preenchimento e atualização da carteirinha do idoso, possibilitando registro e comparação evolutiva dos dados de saúde a cada encontro, fortalecendo o acompanhamento e o autocuidado. Além disso, as atividades recreativas e de convivência aumentaram a socialização, com relatos espontâneos de idosos afirmando que “fazia muito tempo que não se divertiam”, demonstrando melhora do ânimo, alegria e vontade de participar de grupos e ações da unidade.

Aprendizados: A experiência demonstrou que a convivência social, quando incorporada ao cuidado na APS, gera resultados concretos na saúde mental e na qualidade de vida do idoso. A alta adesão (50–60 idosos por encontro) evidenciou demanda reprimida por espaços de interação, lazer e pertencimento no território. Como pontos fortes, destacam-se o acolhimento humanizado, a escuta qualificada, a valorização das histórias de vida, o fortalecimento do vínculo com a equipe e o monitoramento clínico em 100% dos participantes, com aferição de sinais vitais e medidas antropométricas. Ressalta-se ainda o uso da carteirinha do idoso como ferramenta de registro, acompanhamento e comparação evolutiva entre encontros, estimulando autocuidado apoiado. Entre os desafios, destacam-se a logística para atender grande número de participantes, organização do fluxo e necessidade de equipe suficiente para manter avaliações e atividades de forma contínua. O Grupo de Idosos Primavera consolidou-se como estratégia efetiva de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do cuidado longitudinal, alinhada ao PlanificaSUS Paraná.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#)

FLUXO ASSISTENCIAL PARA HAS E DM NA APS A PARTIR DO PLANIFICASUS: IMPACTOS NA AGENDA PROGRAMADA E NO CUIDADO LONGITUDINAL.

JANAINA ULTADO DUTRA, FELIPE VETTORELO BARBOSA, ELAINE APARECIDA DA SILVA

Toledo - 20ª RS - Toledo

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo - UBS Jardim Maracanã. - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Implantar e organizar um fluxo assistencial para usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na APS; qualificar o acompanhamento longitudinal por meio da estratificação de risco; reorganizar a agenda médica e de enfermagem com base no monitoramento das consultas programadas, ampliando a resolatividade do cuidado às condições crônicas.

Contextualização: No último quadrimestre de 2025, observava-se acompanhamento fragmentado dos usuários com hipertensão e diabetes, com predominância de atendimentos por demanda espontânea e baixa previsibilidade de seguimento. Em consonância com as diretrizes do PlanificaSUS Paraná, foi implantado fluxo assistencial estruturado para HAS/DM, contemplando identificação dos usuários no território, estratificação de risco, definição de responsabilidades entre equipe multiprofissional e reorganização da agenda. O cuidado passou a ser programado, integrado entre consultas médicas e de enfermagem, com monitoramento contínuo do indicador de consultas programadas, fortalecendo a coordenação do cuidado na APS.

Resultados / implicação prática: No último quadrimestre de 2025, a proporção de consultas programadas manteve-se próxima a 49% do total de atendimentos. No quadrimestre em aberto de 2026, após a implantação do fluxo HAS/DM desde 2025, observou-se aumento da participação das consultas programadas, alcançando aproximadamente 51% dos atendimentos realizados atualmente. Destacou-se melhora no desempenho da equipe EAP 02, classificada como “Ótimo”, com elevação da pontuação do acesso. Os resultados evidenciam fortalecimento do cuidado longitudinal, melhor organização da agenda e redução da dependência da demanda espontânea para acompanhamento de condições crônicas.

Aprendizados: A experiência demonstrou que a implantação de fluxos assistenciais para condições crônicas, aliada ao monitoramento sistemático de indicadores, qualifica o cuidado e orienta a tomada de decisão da equipe. Entre os pontos fortes destacam-se o uso de dados para reorganização da agenda, o protagonismo da enfermagem e a atuação integrada da equipe multiprofissional. Como desafio, permanece a necessidade de ampliar a adesão dos usuários ao cuidado programado e manter a qualificação contínua dos registros assistenciais.

Anexos: [Link](#)

REORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA APS A PARTIR DO LEVANTAMENTO DE DEMANDAS: IMPACTOS NO ACESSO E NA AGENDA ASSISTENCIAL

JANAINA ULTADO DUTRA, HELOISA KOSSE FURUTA IJIMA, FERNANDA GARCIA ELIAS, ALINE MARA PICKLER, DAVI ORIEL DA ROSA, ANDRESSA CAROLINE SILVA GOTTARDI

Toledo - 20ª RS - Toledo

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo - UBS Jardim Maracanã. - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Implantar acolhimento estruturado com levantamento sistemático das demandas espontâneas, visando reorganizar o acesso, qualificar a agenda assistencial e subsidiar a organização do processo de trabalho da Equipe de Atenção Primária, ampliando a resolutividade e o cuidado programado na APS.

Contextualização: A UBS Jardim Maracanã atende população adscrita aproximada de 25 mil usuários e apresentava elevada procura por demanda espontânea, com sobrecarga da agenda clínica, dificuldade de acesso oportuno e baixa previsibilidade do cuidado. Em consonância com as diretrizes do PlanificaSUS, identificou-se a necessidade de qualificar o acolhimento como dispositivo estratégico de organização do acesso. Para isso, a Equipe de Atenção Primária implantou levantamento sistemático das demandas do acolhimento, por meio de planilha própria, registrando diariamente motivos de procura, volume de atendimentos, vagas disponíveis, demanda reprimida, agendamentos e encaminhamentos realizados. A análise periódica desses dados possibilitou leitura territorial qualificada, subsidiando a reorganização de fluxos assistenciais e da agenda, alinhando o processo de trabalho às necessidades reais da população adscrita.

Resultados / implicação prática: No período analisado de 2025, o acolhimento registrou elevada diversidade e volume de demandas, com predominância de condições crônicas, queixas inespecíficas e solicitações administrativas. O monitoramento sistemático possibilitou identificar variações sazonais, demanda reprimida recorrente e dias com déficit ou ociosidade de vagas clínicas. A leitura qualificada desses dados oportunizou a reorganização do processo de trabalho da EAP, com estruturação da linha de cuidado às condições crônicas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, implantação de dia específico para renovação de receitas e organização de dias destinados ao retorno de exames, sem necessidade de formação de filas ou retorno ao acolhimento. Com a agenda programada, o próprio usuário passou a realizar o agendamento diretamente na recepção da unidade, de forma organizada e orientada. Entre as ações executadas destacam-se a ampliação do agendamento pela enfermagem, a reorganização dos blocos de agenda médica conforme o perfil de demanda, o direcionamento oportuno dos usuários para cuidado programado e a redefinição do horário do acolhimento, que passou a ocorrer de forma contínua durante todo o período de funcionamento da unidade, das 07h às 19h, conforme diretrizes do PlanificaSUS. Como resultados, observou-se maior previsibilidade do acesso, redução de perdas de vagas, melhor aproveitamento da agenda e fortalecimento do cuidado longitudinal.

Aprendizados: A experiência evidenciou o acolhimento como potente dispositivo de gestão do cuidado quando orientado por dados e análise territorial. Destacaram-se como pontos fortes o uso sistemático de informações para tomada de decisão, o protagonismo da enfermagem, a integração da equipe multiprofissional e a organização do acesso sem sobrecarga do acolhimento. Como desafios, identificou-se a necessidade de manter a qualificação contínua dos registros e a sensibilização permanente da equipe para o uso dos dados como ferramenta estruturante do processo de trabalho. A experiência mostrou-se replicável e alinhada às diretrizes do PlanificaSUS.

Anexos: [Link](#)

VIDA EM MOVIMENTO: PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

WALERIA LULU GAIAS, ENEDINA MARCELINO DOS SANTOS SAGAE, MARIA RITA BIANCHI AMBIEL, JENIFFER RENATA MARINS DA SILVA MARTINS, IVONE KULKAMP, CRISTIANE KREUZ E SIMONI CORREA MANTOVAM

Assis Chateaubriand - 20ª RS - Toledo

Unidade de Saúde Maria da Conceição Martins Pestana - ESF 03 e Vigilância em Saúde - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: • Promover a saúde física e emocional de idosos por meio de atividades físicas seguras, considerando a territorialização e integralidade do cuidado.

- Fortalecer vínculos sociais e o autocuidado, estimulando hábitos saudáveis e a participação social dos idosos.
- Prevenir e controlar doenças crônicas, garantindo longitudinalidade, coordenação do cuidado e responsabilização do gestor pela saúde da população.

Contextualização: O Curso Mais Saúde com Agente propôs um plano de ação voltada às necessidades do território. A iniciativa baseou-se nos princípios da Atenção Primária à Saúde e nas diretrizes do PlanificaSUS, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. A partir das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes de Saúde e da análise do território, identificou-se baixa adesão de usuários com doenças crônicas ao acompanhamento de saúde, intensificada no período pós-pandemia, sedentarismo e maior risco de agravos evitáveis. Diante disto, foi proposto um grupo de atividades físicas, com encontros semanais no território. Os participantes foram identificados pelos ACS e avaliados previamente pela equipe. As atividades incluem alongamentos, caminhadas, aferição da pressão arterial e rodas de conversa conduzida pela psicóloga, abordando autocuidado, socialização e alimentação saudável, contribuindo para a promoção da saúde da população.

Resultados / implicação prática: A implementação do grupo de caminhada ao longo de cinco meses gerou impactos positivos na saúde física, emocional e social dos usuários, fortalecendo hábitos de autocuidado e adesão às ações da Unidade Básica de Saúde. Observou-se melhora na disposição, humor e autoestima, além da redução do isolamento social e de sintomas de ansiedade e tristeza. A ação promoveu o vínculo com a equipe da Estratégia Saúde da Família, facilitando o acompanhamento longitudinal e integral das atividades de promoção e prevenção, reforçando a participação social e a responsabilização do gestor, demonstrando que ações simples e comunitárias podem melhorar a qualidade de vida na perspectiva territorial.

Aprendizados: Pontos fortes: O grupo de caminhada considerou o território e atendeu às necessidades dos idosos, promovendo saúde física, emocional e social (integralidade). O acompanhamento regular pela equipe da Estratégia Saúde da Família fortaleceu vínculos e a longitudinalidade do cuidado. A ação estimulou participação social, engajamento comunitário e coordenação do cuidado, sendo de baixo custo e viável para o território.

Desafios: Manter frequência e adesão consistentes, ampliar a cobertura para mais idosos, integrar a ação com outros serviços de saúde e garantir sustentabilidade e responsabilização do gestor. Falta de monitoramento sistemático limita avaliação do impacto e ajustes estratégicos.

Anexos: [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#), [Link](#)

INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO ASSISTENCIAL NA APS

JANAINA ULTADO DUTRA, DAVI ORIEL DA ROSA, DANIELA NASCIMENTO TRONI CAMPOS, MARIA APARECIDA MARTINS, EDNA CRISTINA DE LIMA VAZ, ROSANE APARECIDA GONÇALVES, ESTEFANIA RISCAROLLI CELESTINO, IVONE BORGES PILARSKI.

Toledo - 20ª RS - Toledo

Secretaria Municipal de Saúde de Toledo - UBS Jardim Maracanã. - Atenção Primária à Saúde

Objetivos: Relatar a integração entre APS e Vigilância em Saúde a partir do processo de licenciamento sanitário da unidade. Demonstrar como a implantação das Boas Práticas na assistência à saúde fortaleceu a segurança do cuidado. Evidenciar impactos assistenciais decorrentes da metodologia do PlanificaSUS.

Contextualização: A unidade apresentava organização parcial dos processos e pouca articulação com a Vigilância em Saúde. Com o apoio do PlanificaSUS, reorganizou-se fluxos e rotinas, culminando na primeira inspeção sanitária realizada em uma UBS de Toledo para obtenção da Licença Sanitária. A adequação dos processos assistenciais às boas práticas estruturou escalas e rodízios setoriais, qualificação da sala de vacinas, organização dos setores de curativos, procedimentos e injetáveis, além da criação de fluxos que beneficiaram as gestantes do território. A Vigilância deixou de ser apenas fiscalizadora e passou a atuar como apoiadora técnica, promovendo integração efetiva entre normas sanitárias e prática assistencial.

Resultados / implicação prática: A integração APS–Vigilância gerou impactos mensuráveis. Em 2023, antes da reestruturação, a unidade aplicou 17.250 doses (10,54% do total municipal), ocupando a 2ª posição. Com a reorganização da sala de vacinas, controle da rede de frio e monitoramento interno de faltosos, a unidade tornou-se líder municipal em 2024, com 15.305 doses e 10,67% de participação. Em 2025, aplicou 16.479 doses, crescimento de 7,7% em relação a 2024, mantendo a liderança. A organização do setor de injetáveis e a inclusão da Penicilina Benzatina no carrinho de emergência, conforme Ofício Circular no 04/2025 e atualização do POP, possibilitaram tratamento oportuno da sífilis nas adesões de pré-natal, além do armário de injetáveis para situações que exigem monitoramento na unidade.

Aprendizados: A experiência mostrou que integrar Vigilância e APS qualifica o cuidado e fortalece a segurança assistencial. A Vigilância assumiu papel pedagógico, apoiando fluxos, protocolos e documentos como o Ofício da Penicilina Benzatina e a atualização do POP do carrinho de emergência, adequação do armário de injetáveis para as unidades que não possuem farmácia/dispensário. O PlanificaSUS induziu organização do processo de trabalho, uso de dados e corresponsabilização da equipe. Desafios incluíram mudança de cultura e manutenção dos padrões. Como fortalezas, destacam-se o trabalho em equipe, a melhoria da assistência materno-infantil e o reconhecimento da unidade como referência municipal em vacinação. Consolidou-se um cuidado mais humano, resolutivo e centrado no usuário.

Anexos: [Link](#)

ORGANIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DO CUIDADO A USUÁRIOS DE ALTO RISCO COM CONDIÇÕES CRÔNICAS NO QUALICIS

CAMILLA BEATRIZ CRUVINEL, CRISTIANE APARECIDA CAMARGO, DEBORA JAYNE DE OLIVEIRA, ELOISE FERNANDA DA SILVEIRA QUIRINO, KARIZE CORDEIRO ALVES, PAMELLA CONCEIÇÃO DE HOLLEBEN PECHT COSTA, RAFAEL ARTHUR SERPA, TIANE CORREIA DOS SANTOS

Telêmaco Borba - 21ª RS - Telêmaco Borba

Cimsaúde Subsede de Telêmaco Borba – Programa QualiCIS. - Atenção Ambulatorial Especializada

Objetivos: Descrever a experiência regional de organização multiprofissional do cuidado a usuários com condições crônicas no âmbito do Programa QualiCIS; analisar o perfil epidemiológico e a estratificação de risco dos usuários atendidos; evidenciar os impactos da atuação multiprofissional na articulação entre APS e AAE.

Contextualização: Antes da implementação das ações do PlanificaSUS Paraná, observava-se fragmentação do cuidado, dificuldade na coordenação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde e acompanhamento irregular de usuários com condições crônicas. A região apresentava elevada demanda por cuidado longitudinal, especialmente de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com predomínio de adultos e idosos. Com a adesão ao PlanificaSUS, foram reorganizados fluxos assistenciais, fortalecida a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada e qualificada a estratificação de risco, em consonância com as diretrizes de cuidado contínuo, centrado na pessoa e orientado por risco.

Resultados / implicação prática: No período de setembro a dezembro de 2025, foram realizados 60 atendimentos multiprofissionais, correspondentes a 60 usuários únicos, provenientes dos municípios de Imbaú, Curiúva, Ventania, Tibagi e Reserva, na região dos Campos Gerais. Do total de usuários, 41 eram do sexo feminino e 19 do sexo masculino, com faixa etária variando de 12 a 77 anos e maior concentração de adultos e idosos. A estratificação de risco evidenciou 58 usuários classificados como Alto Risco e 2 como Risco Intermediário, demonstrando elevado grau de complexidade clínica, especialmente relacionado às condições crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Desde setembro, os atendimentos passaram a contar com equipe multiprofissional completa, composta por médico cardiologista, endocrinologista, nutricionista, psicólogo e enfermeira, o que qualificou o cuidado longitudinal, ampliou o acesso e fortaleceu a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Ambulatorial Especializada, contribuindo para maior resolutividade da rede.

Aprendizados: A experiência evidenciou como pontos fortes a organização regional do cuidado, o uso sistemático da estratificação de risco e a atuação multiprofissional no acompanhamento de usuários com condições crônicas de alto risco. O conhecimento aprofundado do perfil do público atendido favoreceu o planejamento do cuidado e o desenvolvimento de estratégias mais efetivas, contribuindo para melhores resultados em saúde. Como desafios, destacam-se a necessidade de atualização contínua da estratificação de risco e o estudo permanente para incorporação dos protocolos mais atualizados das sociedades de endocrinologia e cardiologia, considerando a constante evolução das diretrizes clínicas. Ressalta-se ainda a importância da padronização dos registros assistenciais e do fortalecimento da educação permanente das equipes, visando à qualificação do cuidado e à sustentabilidade das ações na Rede de Atenção à Saúde.

Anexos: [Link](#)