



FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE



ATUAÇÃO DOS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NOS NÚCLEOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV E V

Ribeirão Preto
novembro 2020

Equipe responsável pela elaboração do documento.

Ana Carolina Bonetti

Terapeuta Ocupacional graduada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pelo departamento de Clínica Médica – HCRP. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Ana Carolina Fracarolli Machado

Fisioterapeuta graduada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Daniel Barbeiro

Nutricionista graduado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Daniele Stradioto Ortolan

Fonoaudióloga graduada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Dimitria Dahmer Santos

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP

Grazielli Terassi

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Especializada em Saúde da Mulher pela Unicamp. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Larissa Dias Vilela

Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP

Letícia Rodrigues Alves Bispo

Fonoaudióloga graduada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Maria Carolina de Campos Leme

Graduada em Odontologia pela Faculdade Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Maria José Franco Brochado

PhD em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Farmacêutica Generalista pela Faculdade Pitágoras. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Thaís Araújo Fernandes

Terapeuta Ocupacional graduada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Residente do Programa Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde da FMRP.

Janise Braga Barros Ferreira

Coordenadora dos NSF IV e V

SUMÁRIO

PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV e V	6
1. Definição de Matriciamento ou apoio matricial	6
1.1. Reunião de Equipe	8
1.2. Consulta conjunta	9
1.2.1. Como elencar um paciente elegível para a consulta conjunta?.....	9
1.3. Atendimento domiciliar conjunto	10
1.4. Atividade coletiva compartilhada (grupos e ações).....	10
1.5. Ações compartilhadas no território	11
1.6. Atividades de educação permanente.....	11
2. Atividade entre os membros da Equipe Multiprofissional	12
2.1. Reunião de equipe dos residentes multiprofissionais	12
3. Atribuições Específicas segundo Núcleo de Competência Profissional	12
3.1. Atendimento individualizado	12
3.2. Núcleo de Competência do profissional de FARMÁCIA	13
3.3. Núcleo de competência do profissional de FISIOTERAPIA	13
3.3.1. Promoção à Saúde	14
3.3.2. Vigilância a Saúde Funcional	14
3.3.3. Grupos de Cinesioterapia	15
3.3.4. Atendimento individual	15
3.3.5. Atendimento domiciliar	15
3.3.6. Atenção Fisioterapêutica à Saúde	15
3.3.7. Exemplos de atividades	16
3.4. Núcleo de competência do profissional de FONOAUDIOLOGIA.....	18
3.4.1. Promoção e Prevenção de Saúde.....	18
3.4.2. Atendimento individualizado	19
3.4.3. Organização de grupos	19
3.4.4. Atividades com Equipe	19
3.5. Núcleo de competência do profissional de NUTRIÇÃO	20
3.5.1. Atendimento Nutricional Individualizado	20
3.5.2. Grupos de Educação Nutricional.....	20
3.5.3. Estabelecimento de rotinas e protocolos de atenção nutricional.....	20
3.5.4. Monitoramento Anual SISVAN:.....	21

3.5.5.	Mapeamento das estratégias do território para a erradicação da fome e promoção da SAN na Comunidade	21
3.6.1.	Atribuições específicas do Cirurgião-dentista na AB, segundo o Ministério da Saúde	21
3.6.2.	Educação em saúde	22
3.6.3.	Integração com graduandos	23
3.6.4.	Atendimento compartilhado.....	23
3.7.	Núcleo de competência do profissional de PSICOLOGIA	23
3.7.1.	Atendimento psicológico individualizado.....	25
3.7.2.	Acolhimento e/ou suporte psicológico a pessoas e famílias em situação de crise... ..	25
3.7.3.	Triagem psicológica.....	25
3.7.4.	Grupos de promoção de saúde mental	26
3.7.5.	Educação permanente em saúde mental	26
3.8.	Núcleo de competência do profissional de TERAPIA OCUPACIONAL.....	26
3.8.1.	Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos	28
3.8.2.	Reabilitação e Manutenção da Saúde.....	29
3.8.3.	Procedimentos clínicos, tecnologias e estratégias	29
3.8.4.	Populações tipicamente atendidas pela TO na APS.....	30
4.	Supervisão das atividades de competência específica dos residentes multiprofissionais	30
4.1.	Farmácia	31
4.2.	Fisioterapia	31
4.3.	Fonoaudiologia	31
4.4.	Nutrição.....	31
4.5.	Odontologia.....	31
4.6.	Psicologia.....	31
4.7.	Terapia Ocupacional.....	31
5.	Avaliação dos residentes multiprofissionais.....	32
6.	Avaliação do estágio pelos residentes	32
7.	Semana-padrão dos residentes multiprofissionais nos NSF IV e V	32
7.1.	Proposta em 24 horas semanais	32
8.	Referências Bibliográficas	33
	ANEXO I - Instrumento de Avaliação dos Residentes Multiprofissionais	36
	ANEXO II - Instrumento de Avaliação dos Campos de Estágio pelos Residentes Multiprofissionais	42

PROPOSTA DE ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL - NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA IV e V

Este documento tem como objetivo sistematizar as ações dos residentes multiprofissionais nos Núcleo de Saúde da Família (NSF) IV e V, a partir da compreensão de alguns conceitos que embasam a prática interprofissional em saúde, no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

1. Definição de Matriciamento ou apoio matricial

O matriciamento ou apoio matricial é a construção de momentos relacionais onde se estabelece troca de saberes entre os profissionais da equipe mínima (eSF) e os demais profissionais, que no nosso caso podem ser os Residentes Multiprofissionais, ou demais serviços da rede de atenção, que estão envolvidos no cuidado dos usuários. É um modo de produzir saúde em que dois ou mais profissionais/equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica buscando garantir o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção da pessoa atendida (CAMPINAS, 2009; BRASIL, 2011).

O apoio matricial acontece por meio de duas dimensões, a clínico-assistencial e a técnica-pedagógica. A dimensão clínico-assistencial produz ou incide sobre a ação clínica direta com os usuários possibilitando intervenções desses profissionais em conjunto com as equipes de apoio, enquanto a técnica-pedagógica produz ação de apoio educativo, buscando o aprimoramento de competências e educação permanente com as equipes de APS (BRASIL 2010, 2014).

A proposta de trabalhar na lógica do apoio matricial tem como objetivo tentar romper com o modelo centrado nas ações disciplinares, caracterizadas pela baixa articulação de saberes e práticas dos profissionais de saúde (BRASIL 2010, 2014). Esta proposta busca reformular o modelo assistencial focado nas especialidades, no atendimento individual, ou em atividades de grupo e na própria especialidade, e não no sujeito como um todo (CAMPINAS, 2009). Segundo Figueiredo e Campos (2009) o apoio matricial deve ser compreendido como “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Na figura 1

observa-se as diferenças principais entre o modelo tradicional de encaminhamento ao usuário e a proposta do apoio matricial.

As ações conjuntas (ou compartilhadas) de matriciamento também são consideradas importantes estratégias para a educação permanente das equipes de saúde, uma vez que o compartilhamento de saberes e práticas promove o “aprender no fazer em conjunto”. Desse modo, o apoio matricial se dá por meio de “compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe” (BRASIL, 2014).

Figura 1. Diferenças entre o modelo tradicional de encaminhamento ao usuário e a proposta do apoio matricial.

Modelo Tradicional	Proposta do Apoio matricial
<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar as pessoas para agendamento de consulta individual com o nutricionista para orientações alimentares e nutricionais. • Encaminhar as pessoas para agendamento de visita domiciliar do farmacêutico para avaliação da adesão aos medicamentos. • Encaminhar as pessoas ao profissional de Educação Física para prática coletiva de atividade física. • Encaminhar as pessoas para o endocrinologista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir o tema “Diabetes <i>melittus</i>” e estratégias para seu controle com os profissionais do Nasf (psicólogo, assistente social, profissional de Educação Física, nutricionista, entre outros). • Discutir com os profissionais do Nasf propostas de ações e condutas que a própria equipe de AB poderia realizar individual ou coletivamente. • Planejar e realizar com os profissionais do Nasf intervenções conjuntas (atendimentos individuais ou coletivos, atendimentos domiciliares, atividades no território etc.). • Pactuar intervenções específicas dos profissionais do Nasf, com discussão e repactuação permanentes com a equipe de referência. • Construir Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais difíceis ou complexos.

Fonte: DAB/SAS/ MS, 2013.

- **Pode-se afirmar, então, que o Nasf:**
 - É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.
 - Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.
 - Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.
 - Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.
 - Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).
 - Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.
 - Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.
 - Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, nº 39, Ministério da Saúde

O matriciamento não funciona de forma padronizada para todas as realidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS), mas algumas das formas de exercê-lo ocorrem nos seguintes espaços/momentos: (i) reunião de equipe (ex: reunião administrativa, reunião para discussão de casos de famílias e clínicos); (ii) consulta conjunta; (iii) atendimento individual conjunto; (iv) atividade coletiva compartilhada; (v) atividades de educação permanente; (vi) participação de supervisão e discussão de casos na unidade de saúde e quando caso for pertinente a participação de residente; (vii) espaço de elaboração de materiais de apoio, protocolos e outros.

Segue abaixo definições propostas para cada um dos espaços/momentos que podem ser desenvolvidos o matriciamento:

1.1. Reunião de Equipe

A reunião de equipe é um espaço periódico (realizado no mínimo mensalmente) destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações colaborativas entre os residentes multiprofissionais e demais integrantes da equipe de saúde. Fundamentada no diálogo entre os profissionais e em uma abordagem centrada na pessoa. Para que possa ser realizada, deve haver horário protegido nas agendas dos residentes multiprofissionais envolvidos e da equipe de saúde. Quando possível, pode ocorrer nas reuniões de discussão de casos que já acontecem na rotina da unidade de saúde.

Neste espaço deve-se: (i) englobar discussões de casos e temas (fortemente relacionados à educação permanente) selecionados junto à equipe; (ii) planejar e programar ações como propostas de grupos, atendimentos e intervenções; visitas domiciliares; (iii) planejar e programar ações de vigilância e monitoramento em saúde; (iv) elaborar projetos como: Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), Pactuação do Apoio, Apoio Matricial e Clínica Ampliada.

O PTS é instrumento de organização do cuidado em saúde construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva a aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de corresponsabilização (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

1.2. Consulta conjunta

É um atendimento realizado a um usuário conjuntamente por pelo menos um profissional da residência multiprofissional e outro profissional da equipe de saúde (exemplos: um atendimento a uma criança em fase de introdução de alimentos realizado conjuntamente entre o enfermeiro e o nutricionista; atendimento compartilhado entre médico e terapeuta ocupacional, fisioterapia e/ou fonoaudiólogo de uma pessoa com deficiência).

Na literatura existem diversas formas de definir o atendimento individual compartilhado, usa-se os termos consulta conjunta, atendimento conjunto, interconsulta, mas neste documento para irmos ao encontro da teoria que estamos usando como referencial adotaremos o termo **consulta conjunta**.

Segundo Mello Filho et al. (2010) “*a consulta-conjunta se faz a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante ao traçar uma conduta terapêutica*”. O objetivo da **consulta conjunta** é favorecer a integração dos diferentes campos do saber em saúde, visando a sensibilização, a mobilização e a capacitação dos profissionais, no sentido de provocar mudanças nas concepções teórico-práticas do trabalho assistencial, aprimorando e alcançando o cuidado integral à saúde (MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010).

É imprescindível que na **consulta-conjunta**, ocorrida sob o prisma da educação interprofissional, os profissionais aprendam com, sobre e entre si as diferentes técnicas abordadas, discriminando os recursos terapêuticos utilizados para aprimorar a relação colaborativa e a qualidade prestada na produção de saúde. Na prática, um profissional aprenderá com o outro, por exemplo, a enfermeira aprenderá com um profissional de saúde mental e este aprenderá sobre os cuidados de enfermagem relacionados à enfermidade em questão (MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010).

Na nossa experiência quanto residente multiprofissional é frequente ações de interconsulta, principalmente a consulta conjunta, pois percebemos a necessidade de acolher as demandas complexas e multifacetadas advindas da população que uma prática uniprofissional não é capaz de suprir.

1.2.1. Como elencar um paciente elegível para a consulta conjunta?

Habitualmente isso ocorre quando um profissional da equipe encontra limitações em seu eixo de atuação referente a determinado caso, levando-o para discussão na reunião de casos de família. Essas reuniões são o espaço no qual reconhecemos as principais demandas,

definimos hipóteses e desenhamos uma linha de cuidado capaz de contemplar as necessidades de saúde desse paciente.

Há casos em que identificamos demandas circunscritas em diferentes núcleos de competência, para além do contexto clínico/biomédico. Nessas ocasiões, avaliamos as potencialidades de uma ação compartilhada. Quando os sinais e sintomas apresentados pelo paciente não se detém a uma única área do saber e quando se identifica quais especialidades estão habilitadas a suprir essas demandas, pode-se optar pela realização da consulta-conjunta, mediante a construção de um plano de intervenção prévio, que é revisado no decorrer dos atendimentos. A consulta-conjunta, quando eleita, favorece a integração de saberes e a complementaridade dos papéis profissionais, propiciando que o paciente tenha as suas demandas atendidas da forma mais integral possível (MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010).

1.3. Atendimento domiciliar conjunto

É o atendimento a um indivíduo ou família realizado no domicílio com a presença de pelo menos um profissional da residência multiprofissional e um profissional da equipe de saúde, que visa promover o acesso ao cuidado ao usuário, principalmente, aos restritos ao leito ou domicílio. Outras possibilidades para esse tipo de atendimento seriam para intervenções com o indivíduo no âmbito domiciliar com o objetivo de entender a dinâmica familiar das pessoas do território que podem necessitar de mais de um profissional de acordo com sua complexidade, para assim elaborar intervenções e orientações de acordo com a realidade domiciliar do usuário.

Exemplos: Adaptação de rotina, móveis e utensílios para melhorar a qualidade de vida do usuário, orientações na prática e na realidade do indivíduo sobre uso e armazenamento de medicamentos, e o atendimento domiciliar realizado entre o médico e o psicólogo para assistência à família enlutada (MELLO FILHO; SILVEIRA; BURD, 2010).

1.4. Atividade coletiva compartilhada (grupos e ações)

Atividades coletivas em grupo podem ser desenvolvidas no NSF ou em outros espaços do território (como associações de moradores, praça, residências terapêuticas, escolas, igrejas) que contam com a presença de profissionais da residência multiprofissional e da equipe de saúde. Estas atividades devem ser coordenadas de forma conjunta e compartilhadas visando a continuidade das ações após saída dos residentes, do coordenador ou de um profissional da

equipe mínima (Exemplo: fisioterapeuta e técnico de enfermagem coordenando um grupo de postura corporal) (BRASIL, 2014).

Os profissionais residentes da residência multiprofissional podem também auxiliar no planejamento e programação de grupos de educação em saúde e/ou promoção da saúde que já ocorrem no NSF ou a serem criados a partir da identificação da necessidade discutida conjuntamente com a equipe de saúde (BRASIL, 2005).

1.5. Ações compartilhadas no território

As ações no território são outro exemplo de ações conjuntas que podem ser desenvolvidas pelos residentes multiprofissionais e pela equipe de saúde. Como por exemplo: atividade de territorialização, promoção de saúde no território, campanhas de saúde (teste rápido de hepatite, setembro amarelo, novembro rosa, etc), desenvolvimento de ações intersetoriais, de vigilância em saúde e em ações de controle social em conjunto com a equipe de saúde (BRASIL, 2005).

1.6. Atividades de educação permanente

A educação permanente em saúde deve ser entendida, como uma prática de ensino aprendizagem e uma política de educação na saúde sendo reconhecida como uma estratégia e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Segundo Pereira (2008) “a prática de ensino-aprendizagem’ significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança” (PEREIRA, 2008).

Exemplificando: Durante uma reunião de equipe, a equipe relata o aumento do número de casos de violência contra a mulher no território. Após o processo de reflexão de que as ferramentas e abordagens para o cuidado destes casos estão sendo insuficientes, surgem os questionamentos sobre como aprimorar, atender e orientar melhor estas mulheres. Nas semanas seguintes, reservam o horário da reunião de equipe para discutir a temática, e como disparador da formação assistem um documentário sobre o tema e, posteriormente, abrem um espaço de diálogo sobre o que cada profissional da equipe procurou buscar sobre estratégias que pudessem implementar e qualificar o trabalho de cuidado dessas mulheres. Esse processo de identificar temas sensíveis e trabalhá-los permite o desenvolvimento de habilidades e competências melhorando a compreensão e a atuação do profissional no SUS, na ótica da integralidade e

humanização, e incentiva a produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica, com a inserção e ampliação do aprender e ensinar. Como continuidade do processo de educação permanente a equipe define ações concretas relacionadas com a problemática que devam ser realizadas nos diversos ambientes de produção do cuidado, pelos membros da equipe de referência, com o apoio da equipe dos profissionais da residência multiprofissional.

A proposição de atividades de educação permanente não quer dizer que aquilo que a equipe já sabia antes estava errado, mas é estar em estado de “perguntação” sobre o que se sabe e o que há por saber, percebendo inquietações/insatisfações/questões, as quais surgem no cotidiano do trabalho em saúde, fazendo as perguntas gerarem mudanças no processo de trabalho entre equipe e com usuários do serviço de saúde. Além disso, não é um processo pedagógico daquele que sabe, para quem não sabe, mas sim, uma troca e intercâmbio de saberes e práticas (PEREIRA, 2008).

2. Atividade entre os membros da Equipe Multiprofissional

2.1. Reunião de equipe dos residentes multiprofissionais

Espaço de ocorrência periódica (frequência semanal ou quinzenal adequando à demanda da equipe) entre os profissionais que compõem a equipe da residência multiprofissional e sempre que possível a tutora do programa de residência responsável pelo núcleo, e se necessário, um integrante da equipe mínima para articulação e organização da equipe. Engloba a organização da agenda de trabalho dos profissionais, programação de ações articuladas entre os membros da equipe multiprofissional (mantendo a equipe de referência informada e de acordo com a demanda), construção de material de apoio, organização do trabalho (exemplo: elaboração de protocolos) e outras atividades (BRASIL, 2014).

3. Atribuições Específicas segundo Núcleo de Competência Profissional

3.1. Atendimento individualizado

A principal função da equipe multiprofissional é dar apoio às equipes de referência com enfoque nas atividades de matriciamento, como mencionado anteriormente. Entretanto, quando for necessário o atendimento individualizado com um determinado profissional da equipe multiprofissional, este atendimento deve ocorrer após discussão de caso entre a equipe (eSF + multi), com regulação e pactuação com a equipe de APS de referência, atrelado a um projeto

terapêutico produzido conjuntamente, nos casos mais complexos. Importante lembrar que deverá ser mantido contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade.

3.2. Núcleo de Competência do profissional de FARMÁCIA

Segue abaixo as atribuições do profissional farmacêutico na APS (RINALDO et al, 2017).

- Gerenciar a terapia medicamentosa, identificando possíveis problemas relacionados ao uso de medicamentos, realiza discussões clínicas com outros profissionais e o paciente para verificar os possíveis fatores para o descontrole do quadro clínico e estratégias para a estabilização, recuperação e manutenção da saúde.
- Assegurar o acesso das pessoas aos medicamentos que elas necessitam, buscando soluções através do acionamento dos programas vinculados aos diferentes componentes da Assistência Farmacêutica ou outras soluções se necessárias.
- Realizar atendimentos compartilhados com outros profissionais na unidade ou em visitas domiciliares, ações em escolas públicas, organizações não-governamentais, casas terapêuticas, instituições de longa permanência, conselho local de saúde e grupos de promoção à saúde.
- Elaborar projetos terapêuticos singulares em conjunto com a equipe de saúde.
- Integrar a equipe multiprofissional em grupos destinados à saúde do homem, saúde da mulher, saúde na escola, saúde da criança, saúde do idoso, diabetes, hipertensão, tabagismo, vivências, canto, artesanato, dentre outros.
- Procurar familiarizar-se com o processo de gestão municipal e da assistência farmacêutica, fortalecendo conhecimentos voltados à organização da RAS e a utilização racional de medicamentos e acompanhar o cuidado farmacêutico ofertado pela farmácia a usuários com HIV/Aids e outras condições clínicas como o diabetes.

3.3. Núcleo de competência do profissional de FISIOTERAPIA

O texto a seguir tem como base o livro “Fisioterapia e Atenção Primária à Saúde” (SCHIMITT, 2020).

As práticas do núcleo de saber podem (e devem) estar conjuntas às práticas de outros profissionais priorizando, quando for atendimentos individuais, atendimentos conjuntos à atendimentos somente do profissional da fisioterapia, que deve se dar apenas em casos de maior complexidade

O fisioterapeuta pode atuar nos campos de proteção à saúde, vigilância, prevenção de doenças e agravos, avaliação, tratamento e recuperação funcional e nos cuidados paliativos, respondendo às demandas dos serviços por meio de ações de promoção à saúde, vigilância à saúde funcional, grupos de cinesioterapia e práticas corporais, atendimentos individuais e/ou atendimentos domiciliares.

As demandas passíveis de serem resolvidas com tecnologia leve ou leve dura podem envolver ações no âmbito:

3.3.1. Promoção à Saúde

A promoção de saúde por meio de ações coletivas pode ser dividida em: Ações de Educação em Saúde ou Atividades de Saúde/Práticas corporais.

- **Ações de educação em saúde:** podem acontecer na unidade de saúde, bem como no território, podem ser em formato de educação popular ou educação permanente, através de acolhimento/vínculo; atividades de sala de espera; espaços temáticos (ex. envelhecimento, diabetes, tabagismo, parentalidade, etc); grupos temáticos (ex. hipertensão, dor, gestantes, etc); saúde na escola, saúde do trabalhador.
- **Atividades de Saúde/Práticas Corporais:** podem acontecer nas unidades de saúde ou nos equipamentos sociais do território através de ações programáticas; ginástica laboral; treinamento funcional; exercícios aeróbios; exercícios de relaxamento; exercícios de consciência corporal; pilates; Tai Chi, Qigong, yoga, meditação, shatata, ôfuro e outras práticas.

3.3.2. Vigilância a Saúde Funcional

Prevê a busca ativa para prevenção de agravos, utilizando indicadores de funcionalidade e incapacidade ou de pessoas com limitação de atividades ou restrição da participação social; a identificação de barreiras e facilitadores no território. Possíveis situações são: idosos, pessoas acamadas, risco de quedas, ciclo gravídico-puerperal, desenvolvimento neuropsicomotor, vulnerabilidades, uso abusivo de álcool e outras drogas, saúde mental, análise ergonômica, mapa de risco.

3.3.3. Grupos de Cinesioterapia

Para tratamento de condições crônicas ou com mesmo perfil funcional, como grupos de dor crônica, de joelho/ombro/coluna, de DPOC/tabagismo, de gestantes, de hipertensão/diabetes, neurofuncional, saúde mental, de uso abusivo de álcool e outras drogas, de prevenção de quedas, de incontinência urinária.

3.3.4. Atendimento individual

Para condições agudas ou deficiências moderadas utilizando abordagens como: cinesioterapia, terapia manual, drenagem linfática.

3.3.5. Atendimento domiciliar

Para tratamento dos indivíduos com dificuldade se deslocarem até a unidade de saúde e/ou com demandas específicas ou para construção de projetos terapêuticos singulares. As principais demandas são para pessoas acamadas, cuidadores/família, pós-operatórios recentes, lesões neurológicas, saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas, gestantes/puérperas, recém-nascidos, cuidados paliativos.

3.3.6. Atenção Fisioterapêutica à Saúde

- Conhecer as políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária à saúde, interdisciplinaridade e epidemiologia.
- Avaliar e prescrever serviços fisioterapêuticos, além de encaminhar para outros níveis de atenção à saúde com adequado raciocínio clínico.
- Desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.
- Prestar atenção domiciliar aos usuários restritos ao domicílio, por doenças crônicas, traumas, deficiências físicas ou transtornos respiratórios.
- Detectar precocemente alterações funcionais e promover ações educativas e de prevenção.
- Prestar assistência às crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e fornecer orientações às mães e à família.
- Fornecer orientações ergonômicas e adequar os ambientes, laborais ou não.
- Fornecer orientações e cuidados preparatórios para o parto e puerpério.
- Fornecer orientações e cuidados referente às desordens osteomusculares.

- Fornecer orientações e cuidados à saúde da mulher, com enfoque nas disfunções do assoalho pélvico.
- Incentivar o autocuidado e prevenção de incapacidade para pessoas com hanseníase. Atuar na redução de danos para pessoas com diabetes, prevenção do pé diabético.
- Prestar assistência à saúde do idoso e do paciente neurológico.
- Prestar assistência ao paciente com doença respiratórias e cardiovasculares controladas.
- Desenvolver ações de cinesioterapia e ginástica laboral para diminuir prevalência de lesões crônicas laborais.

3.3.7. Exemplos de atividades

(i) Dia de Promoção à Saúde: atividade educativa com alguns temas como ergonomia para atividades laborais no domicílio; saúde da mulher (educação popular sobre o assoalho pélvico); jogo sobre os efeitos do exercício físico na saúde; prevenção de agravos para quem possui doenças musculoesqueléticas com artrose; práticas corporais com exercícios de relaxamento e movimentação ativa visando que a população tivesse um contato com o exercício de formas diferentes do habitual (academias por exemplo); (ii) Festa junina: apresentação de dança (quadrilha) das crianças (de uma área vulnerável) que participavam de grupos de práticas corporais e exercício físico realizado em conjunto entre fisioterapia e a equipe; e atividades de desenvolvimento motor para as crianças durante a festa junina, (iii) Atividades de sala de espera: Dia do idoso (atividades de educação em sala de espera e em visitas domiciliares sobre o envelhecimento e saúde); Semana da amamentação (orientações gerais para a população sobre posturas possíveis para auxiliar na amamentação); Pausa para mexer o corpo (atividade física leve para quem estava esperando o agendamento na unidade como forma de promover os benefícios das práticas corporais); Setembro amarelo (trabalhar a importância do exercício físico na prevenção de doenças relacionadas a saúde mental); (iv) Grupos educativos: Grupos de educação em dor baseado em neurociência, de cuidadores, de pais, de tabagismo; Participação em diferentes grupos das unidades falando sobre assuntos relacionados ao movimento e funcionalidade (exemplo: grupos de diabetes, de mulheres, de homens, saúde na escola, tabagismo, reeducação alimentar, de memória).

- **Vigilância à saúde funcional:** As atividades que temos maior demanda em relação à vigilância são pessoas com dores crônicas que envolvem aspectos referentes à

família, ou que são cuidadores. São pessoas que normalmente tem muitas queixas, mas que temos uma dificuldade em estabelecer uma boa relação para melhora da adesão, então é realizada a busca ativa para verificar o caso, a família e outras necessidade. Outra ação de vigilância comum que a Fisioterapia auxilia são com idosos com suspeita de violência.

- **Grupos de cinesioterapia:** (i) grupo de caminhada com características de idosos (trabalho com equilíbrio, força, coordenação, ritmo); (ii) grupo com crianças em situação de vulnerabilidade (trabalhando exercícios relacionados à sua faixa etária e desenvolvimento motor de forma lúdica e associada a educação em saúde); (iii) grupos de educação do assoalho pélvico para prevenção e reabilitação de condições associadas à disfunção do assoalho pélvico, (iv) grupos de exercícios específicos para quem tem dor lombar/joelho/ombro; (v) grupo de equilíbrio para idosos que têm uma dificuldade de equilíbrio acentuada sem critérios ou não conseguem realizar a reabilitação em outro nível de atenção; (vi) grupo de dança; (vii) grupo de pilates; (viii) grupo de pais para desenvolvimento motor da criança (as crianças realizam um grupo paralelo com atividades corporais ou cognitivas).
- **Grupo de cuidadores:** trabalhando educação em saúde associada a ergonomia e práticas corporais de relaxamento;
- **Atendimento Individual:** as demandas por atendimentos individuais costumam ser, em sua maior parte, relacionadas as queixas algicas ou de funcionalidade do idoso. Além da atuação em disfunções ortopédicas, outras possíveis demandas que possam ter um olhar ampliado do fisioterapeuta em atendimentos conjuntos individuais estão o de prevenção/controle/tratamento de doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, uroginecológicas, dermatofuncionais (ex: queimaduras, hanseníase), de disfunções do desenvolvimento neuromotor, doenças neurológicas, doenças reumatológicas, disfunções associadas ao envelhecimento e cuidados paliativos.
- **Atendimentos domiciliares:** às demandas específicas para atendimento domiciliar têm sido relacionadas à saúde do idoso (quedas, risco de quedas, acamados, demências, AVE), a saúde dos cuidadores (sobrecarga do cuidador principalmente), ao atendimento de pacientes pós cirúrgicos e ou com condições neurológicas agravadas.

3.4. Núcleo de competência do profissional de FONOAUDIOLOGIA

A fonoaudiologia é a ciência que tem como objeto de estudo a comunicação humana, atuando com as alterações que podem dificultar o ato de se comunicar. O fonoaudiólogo é o responsável pela promoção de saúde, prevenção, avaliação, diagnóstico, terapia e aperfeiçoamento de aspectos relacionados à audição, voz, linguagem oral e escrita, fluência, articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial e deglutição. O trabalho da fonoaudiologia envolve diferentes faixas etárias (FEDOSSE et al 2015; MEDEIROS et al 2009).

O conselho federal de fonoaudiologia reconhece atualmente 12 especialidades da fonoaudiologia, sendo elas: Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Saúde Coletiva, Voz, Disfagia, Fonoaudiologia Educacional, Gerontologia, Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do trabalho, Neuropsicologia, Fluência (CRF, 2020).

As ocorrências de patologias relacionadas a comunicação são muito frequentes em todas as faixas etárias, fazendo com que a inserção da fonoaudiologia na atenção primária à saúde seja fundamental para a realização de diferentes ações de promoção e prevenção de saúde, avaliação, habilitação e reabilitação (CRF, 2015). Segue abaixo os modelos de atuação para os profissionais de fonoaudiologia.

3.4.1. Promoção e Prevenção de Saúde

- **Rastrear fatores de risco para a comunicação:** trabalho que pode ser realizado em conjunto com os agentes comunitários de saúde durante o processo de territorialização e visitas domiciliares, visando coletar dados referentes a comunicação dos usuários e detecção de sinais indicadores que possam gerar alterações na comunicação.
- **Realização de campanhas com equipe:** aleitamento materno, saúde auditiva, saúde vocal, envelhecimento ativo, comunicação humana, entre outras.
- **Atividades de promoção à saúde:** essas atividades podem estar relacionadas a comunicação, como por exemplo nos casos de saúde materna, desenvolvimento infantil, saúde auditiva, vocal e do idoso ou também em conjunto com as demais áreas, por exemplo caminhadas, tabagismo, entre outros.
- **Promover interface com instituições educacionais do território:** saúde escolar, visando todos os atores sociais, alunos, pais ou responsáveis, equipe diretiva,

educadores e equipe de apoio. Além disso, realizar atividades nas instituições, favorecendo a inclusão de pessoas com deficiência.

- **Programa Saúde na Escola:** triagem de habilidades auditivas e encaminhamentos quando necessário; elaborar discussões com professores sobre o desenvolvimento infantil e discutir questões relacionadas a ao ruído e saúde vocal.

3.4.2. Atendimento individualizado

- **Avaliação:** realizar avaliação fonoaudiológica para avaliar diferentes aspectos relacionados à linguagem oral e escrita, fala, motricidade orofacial, voz, habilidades auditivas etc.)
- **Terapia:** realizar terapia individual ou grupal em casos de bom prognóstico.
- **Encaminhamento qualificado:** realizar encaminhamento de casos que necessitam de atendimento ambulatorial ou para outros profissionais.
- **Espera assistida:** realizar atendimento individual ou grupal para acompanhar casos que estão em fila de espera para atendimento em outros serviços.
- Orientação com pais e responsáveis sobre questões fonoaudiológicas.

3.4.3. Organização de grupos

Ações de proteção que favoreçam a comunicação oral, habilidades cognitivas, auditivas, vocais e alimentares em diferentes faixas etárias. Exemplos: (i) Grupos de gestantes: orientar sobre amamentação, hábitos orais inadequados do bebê e desenvolvimento auditivo, (ii) Grupo com idosos: falar sobre envelhecimento ativo, estimulando e orientando quanto a comunicação oral e habilidades cognitivas, auditivas, vocais e alimentares (ex: oficina de memória; aquecimento vocal), (iv) Grupos terapêuticos para desenvolver ações que favoreça o desenvolvimento infantil (ex: oficina de rima e aliteração).

3.4.4. Atividades com Equipe

Educação permanente e matriciamento a equipe sobre temas relacionados à fonoaudiologia.

3.5. Núcleo de competência do profissional de NUTRIÇÃO

Os tópicos seguintes foram elaborados tendo base no documento “O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde” (RECINE; LEÃO; CARVALHO, 2015). Ressalta-se que há distinção entre o trabalho praticado pelo nutricionista no contexto dos NASF - que tem como os principais sujeitos das ações a família e a comunidade - em relação aos NSF, já que nestes as ações se distribuem de forma mais equitativa entre os sujeitos: indivíduo, família e comunidade. Segue abaixo os modelos de atuação para os profissionais de nutrição.

3.5.1. Atendimento Nutricional Individualizado

Após atendimento do paciente pelos médicos e demais profissionais da unidade, o atendimento nutricional individualizado deve ser ofertado quando emergir demanda durante as reuniões em equipe, ou seja, não deve funcionar como um serviço de livre acesso pela demanda espontânea da população ou pelo encaminhamento dos outros profissionais sem que haja prévia discussão dos casos (BRASIL, 2009).

3.5.2. Grupos de Educação Nutricional

Destinado à população geral e específica (indivíduos com: risco nutricional, hipertensos, diabéticos, entre outros), observando o perfil da população atendida pelo NSF e as principais demandas a serem abordadas. Além disso, a temática pode ser incluída em outros grupos existentes na unidade (BRASIL, 2009).

3.5.3. Estabelecimento de rotinas e protocolos de atenção nutricional

(i) desenvolvimento de ações para promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do curso da vida e em respostas às principais demandas assistenciais; (ii) execução dessas atividades em consonância com a rotina do NSF, (iii) organização e sistematização das orientações sobre os alimentos e o processo de alimentação, (iv) valorização de alimentos da região e cultura, (v) incorporação de saberes sobre a comida, a culinária, a cultura, o prazer, a saúde e a qualidade do alimento, tanto do ponto de vista sanitário quanto nutricional; (vi) incentivo, apoio e proteção do aleitamento materno e da adequada introdução alimentar (BRASIL, 2009).

3.5.4. Monitoramento Anual SISVAN:

(i) Avaliação do estado nutricional, bem como da segurança alimentar e nutricional dos usuários e famílias através da plataforma do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) Web; (ii) Verificar a cobertura e capacitar a equipe para a correta aplicação dos questionários do SISVAN que contém dados sobre o estado nutricional e os marcadores do consumo alimentar (BRASIL, 2009).

3.5.5. Mapeamento das estratégias do território para a erradicação da fome e promoção da SAN na Comunidade

Deve-se conhecer a população usuária do NSF bem como sua localização geográfica a fim de se trabalhar questões relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Além disso, organizar de forma sistematizada as possibilidades de instituições que realizam arrecadação e distribuem alimentos no território (BRASIL, 2009).

3.6. Núcleo de competência do profissional de ODONTOLOGIA

A complexidade dos processos saúde-doença-cuidado, de seus determinantes sociais e a busca da integralidade na atenção à saúde requer o trabalho interdisciplinar de uma equipe multiprofissional, conectando ações e construindo coletivamente as intervenções para a população que vive no território (THISTLETHWAITE, 2015).

As ações da equipe de saúde bucal na atenção básica envolvem prevenção, promoção, proteção de saúde e reabilitação. Além disso, guarda coerência como preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal, na busca pela integralidade da atenção, desenvolvendo suas ações de acordo com ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos; bem como em condições de saúde, como por exemplo: gestantes e pessoas com necessidades especiais. (BRASIL, 2018)

3.6.1. Atribuições específicas do Cirurgião-dentista na AB, segundo o Ministério da Saúde

- Realizar diagnóstico epidemiológico com a finalidade de planejamento.
- Realizar diagnóstico de risco às doenças bucais para o desenvolvimento de programação em saúde bucal.
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da

saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade.

- Realizar os procedimentos clínicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados à fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares.
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais.
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade.
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco.
- Manter contato permanente com as famílias, com o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.
- Identificar e fomentar espaços coletivos e grupos sociais para o desenvolvimento das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

3.6.2. Educação em saúde

A educação em saúde deve ser parte integrante das atribuições comuns a todos os membros da eSB. O ACS tem papel relevante na divulgação de informações sobre saúde bucal, devendo a eSB orientar e colaborar com o seu trabalho. A presença do cirurgião dentista (CD)

é importante em momentos pontuais e no planejamento das ações. São aspectos significativos a serem observados na educação em saúde bucal: respeito à individualidade; contextualização nas diversas realidades, incluindo as possibilidades de mudança; respeito à cultura local; respeito à linguagem popular para encaminhar uma construção conjunta da prática; ética; autopercepção de saúde bucal; reflexão sanitária (capacitar os usuários para participar das decisões relativas à saúde); além do uso de metodologias adequadas a cada situação e a cada grupo etário.

O CD pode atuar, dentre as ações de promoção, prevenção e assistência em saúde previstas, no desenvolvimento de ações junto ao Programa saúde na Escola (PSE), principalmente nas ações de avaliação da saúde e higiene bucal. A avaliação de saúde bucal permite a identificação das necessidades de saúde bucal dos escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas (GUIDETTI; ALMEIDA, 2014).

3.6.3. Integração com graduandos

Durante os estágios em APS, dos estudantes do curso de odontologia da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - USP tem a oportunidade de imergir na AB, sendo papel da equipe e dos residentes criar um ambiente favorável ao processo ensino-aprendizado em serviço, com espaço para o diálogos e troca de saberes, além da supervisão.

3.6.4. Atendimento compartilhado

Nas consultas odontológicas, é possível identificar inúmeros casos de importância para a integralidade da atenção e a prática colaborativa em equipe, situações clínicas como disfunção temporomandibular (que permite uma avaliação conjunta com o fisioterapeuta e psicólogo), pacientes com alimentação desequilibrada (avaliação conjunta com nutricionista), identificação de pacientes com sinais de violência física/psicológica (avaliação conjunta com psicólogo) são alguns exemplos comuns.

O atendimento compartilhado em casos de maiores complexidades, permite a integração de diferentes campos de saberes para atendimento das demandas do grupo e/ou indivíduo de forma resolutiva e eficaz, além de promover a educação popular e interprofissional.

3.7. Núcleo de competência do profissional de PSICOLOGIA

No contexto da APS, o psicólogo atua a partir de estratégias de cuidado baseadas no vínculo, no acolhimento e na escuta, com foco na compreensão dos fenômenos psicológicos e

psicossociais envolvidos no processo de produção de saúde. O psicólogo deve ser capaz de compreender as múltiplas dimensões do território, das coletividades e do sujeito em questão, respeitando a sua vivência subjetiva e sua inserção sociocultural. O psicólogo, ao planejar suas ações no contexto da APS, deve conhecer de perto o perfil epidemiológico, os problemas sociais, os fatores de risco e de proteção, as histórias, os aspectos sociopolíticos, os projetos de vida e as potencialidades das famílias, para que possa mobilizar as capacidades de enfrentamento e reconstrução da experiência psíquica (DIMENSTEN; MACEDO, 2012).

A partir de documentos norteadores como o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do MS de 2011, referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na APS do Conselho Federal de Psicologia de 2019, Dimenstein e Macedo (2012), e conforme a experiência prática e teórica até então, destaca-se que para uma atuação apropriada do psicólogo na APS, é preciso que o profissional invista nas seguintes ações:

- atuar junto as equipes multiprofissionais no sentido de levá-las a identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde geral dos pacientes;
- atuar na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, em equipe multiprofissional;
- participar e acompanhar a elaboração de programas educativos em saúde mental;
- realizar atendimento psicoterapêutico individual breve ou em grupo, adequado às diversas faixas etárias;
- realizar triagem e encaminhamentos para recursos da comunidade, sempre que necessário;
- trabalhar em situações de agravamento físico e emocional, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe;
- realizar atividades de prevenção ao uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- propor atividades de fortalecimento de vínculos familiares, sociais e comunitários;
- avaliar dificuldades no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes;
- orientar sobre práticas parentais assertivas e participativas;
- orientar e desenvolver habilidades interpessoais e intrapessoais dos atendidos;
- mediar conflitos que geram sofrimento nos indivíduos, famílias e na equipe;
- estimular a redução de danos;
- promover a reinserção e reabilitação psicossocial;

- praticar busca ativa em saúde mental;
- auxiliar no manejo e na comunicação da equipe de saúde com o usuário, seja de modo direto ou indireto; e;
- identificar junto ao usuário ou da equipe casos de sofrimento psíquico.

Segue abaixo os modelos de atuação para os profissionais de psicologia.

3.7.1. Atendimento psicológico individualizado

A identificação da demanda para acompanhamento psicológico pode ser avaliada durante a consulta de qualquer membro da equipe, levando em conta situações de risco e definição de prioridades. Caso seja considerada a necessidade dessa modalidade de intervenção, o atendimento individualizado será pactuado com a equipe no espaço da reunião de discussão de casos, a partir de uma decisão consensual. Não será possível o encaminhado por outros profissionais sem discussão prévia, nem haverá agenda para demanda espontânea da população. Ressaltando que atendimentos individuais devem ser breves e pontuais, quando necessário atendimento psicoterápico que constitui nível secundário/ambulatorial deverá ser feito o encaminhamento qualificado a outros pontos da rede que disponham desse serviço de modo acessível (como aqueles disponíveis na rede SUS, ONGs e clínicas-escola).

3.7.2. Acolhimento e/ou suporte psicológico a pessoas e famílias em situação de crise

Essa atividade consiste em acolher o usuário, ouvindo suas queixas, fornecendo suporte e atenção ao seu sofrimento psíquico. É uma modalidade indicada quando a pessoa ou família está vivenciando alguma dificuldade e/ou desajuste emocional pontual, como um luto, um rompimento de um relacionamento, uma crise de ansiedade aguda etc. O residente realiza esse atendimento na unidade de saúde ou na casa do indivíduo/família. A necessidade de atendimento da família e/ou do indivíduo chega até o residente a partir de demanda espontânea ou encaminhamento a equipe.

3.7.3. Triagem psicológica

A triagem tem como objetivo avaliar as queixas e sintomas relatados pelo paciente, verificar a intensidade e frequência dos mesmos, identificar fontes de estresse e limitações bem como a presença de recursos e suporte social. É possível propor seguimento para o caso, a saber,

atendimento psicológico breve, atendimento por outro membro da equipe de saúde da atenção primária, apenas orientação da equipe ou encaminhamento para atendimento em outro nível de atenção. A necessidade de atendimento da família e/ou do indivíduo chega até o residente a partir de solicitação da equipe.

3.7.4. Grupos de promoção de saúde mental

Essa modalidade de intervenção tem o objetivo de qualificar e ampliar o cuidado ao grande número de usuários com queixas de sofrimento psíquico, respondendo a necessidade de construir uma rede de apoio capaz de proporcionar o alívio do sofrimento emocional. Para que um grupo seja formado, é preciso analisar algumas condições como: o público alvo, os objetivos do grupo, as vantagens e desvantagens em agrupar as pessoas, a eficiência da proposta, qual técnica será empregada, qual será a forma de seleção dos participantes e como o trabalho será avaliado. Preferencialmente, os grupos de saúde mental devem ser organizados e coordenados em conjunto com outros membros da equipe.

3.7.5. Educação permanente em saúde mental

Trata-se de um espaço de ensino-aprendizagem no contexto de trabalho, que ocorre por meio de apresentações, aulas expositivas, exposições dialogadas, recursos audiovisuais, debate de ideias, dinâmicas de grupo, representações gráficas e etc, de acordo com a demanda da equipe e questões emergidas da prática cotidiana dos demais profissionais conjuntamente. O principal objetivo do espaço de Educação Permanente é possibilitar o fortalecimento do trabalho em equipe e a transformação da prática profissional. O psicólogo residente pode se apropriar desse espaço para atender as necessidades da equipe que dizem respeito ao campo da saúde mental, baseando-se nas problemáticas cotidianas.

3.8. Núcleo de competência do profissional de TERAPIA OCUPACIONAL

As atribuições específicas condizentes à terapia ocupacional (TO) perpassam desde o planejamento, coordenação, desenvolvimento e o uso de tecnologias e estratégias com o objetivo de prevenção, promoção e recuperação das condições de saúde, qualidade de vida, inserção e participação social, daquelas pessoas, que por razões físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam temporariamente ou permanentemente dificuldades ou ausência desses aspectos de vida em seu cotidiano (CAVALCANTI, 2007).

Segundo a documento que estrutura a prática da terapia ocupacional - Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed) - o foco da profissão reside em favorecer a independência e autonomia das pessoas no cotidiano, visando o pleno desempenho ocupacional nas atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), trabalho, sono e descanso, lazer e participação social. Tem como objeto de estudo a ação, o fazer humano e o cotidiano (AOTA, 2014).

As AVDs dizem respeito às ações que desempenhamos todos os dias como banhar-se, usar vaso sanitário, realizar higiene íntima, vestir-se, alimentar-se, realizar o cuidado de equipamentos pessoais (lentes de contato, óculos, órteses, próteses, dispositivos contraceptivos), mobilidade funcional (mover-se de uma posição a outra) e higiene pessoal (uso de lâmina de barbear, pentear o cabelo, cuidar da pele, aplicar desodorante, escovar os dentes, passar fio dental) e atividades que proporcionem a satisfação sexual ou necessidades reprodutivas (AOTA, 2014).

AIVDs diferentes das AVDs, necessitam de interações mais complexas, realizadas em apoio a vida diária dentro de casa e na comunidade. Compõem o arsenal de AIVDs as ações de: cuidado com outros e com animais, gerenciamento de comunicação, dirigir e mover-se na comunidade, gerenciamento financeiro, manutenção da saúde, preparação de refeições, limpeza da casa, gerenciamento do lar (obter e manter bens pessoais, da casa e do ambiente, incluindo manutenção e reparação desses bens), atividades de expressão religiosa e espiritual, segurança, manutenção emergencial (realizar procedimentos para manter o ambiente seguro) e fazer compras (AOTA, 2014).

A ocupação de sono e descanso envolve a habilidade de descansar, a preparação para o sono e a participação no sono, enquanto o trabalho diz respeito ao interesse e busca por emprego, procura e aquisição de emprego, o desempenho no trabalho e a participação em voluntariado (AOTA, 2014). Para a TO o envolvimento em atividades de lazer e participação social, seja com a comunidade, família ou pares/amigos é extremamente relevante para o bom desempenho ocupacional do indivíduo como um ser complexo.

Portanto, segundo Rocha et al (2012) *“pode-se afirmar que a terapia ocupacional vem constituindo, no seu arcabouço teórico e prático, um olhar que se debruça na relação do homem com suas atividades inseridas no cotidiano, considerando as potencialidades e limites de cada um na ação, o que amplia o raciocínio terapêutico ocupacional e destaca a inserção do homem num contexto biopsicossocial, cultural, político e histórico”*

Considerando a Atenção Primária abrangente, como algo para além da prevenção e combate a doenças, mas sim um conjunto de ações de saúde amplas e complexas que consideram os fatores socioeconômicos, culturais, históricos e políticos, que abrangem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006). Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pelo Ministério da Saúde em 2008, são constituídos de uma equipe multiprofissional com vistas à interdisciplinaridade e intersetorialidade com o objetivo de garantir e praticar a promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, focadas nas necessidades do território, além de premissas como a educação permanente, humanização dos serviços, e promoção da integralidade. Portanto, esse é o espaço prevalente para a inserção da TO na APS.

No caso de Ribeirão Preto, mais especificamente, dos NSF IV e V, com o convênio estabelecido entre Secretaria Municipal de Saúde e Universidade de São Paulo, a profissão da TO tem inserção através da Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde, nas equipes de ESF. Prevalendo um outro tipo de organização de trabalho e equipe, mas que não deixa de lado os objetivos buscados na composição de uma equipe multiprofissional na APS como aqueles propostos pelo NASF.

Baseado em Rocha (2012), segue abaixo as principais ações da TO na APS relacionadas Promoção, Reabilitação e Manutenção da saúde e Prevenção de Agravos além de estratégias e tecnologias utilizadas.

3.8.1. Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

- Diagnosticar e intervir nos serviços, domicílios e comunidade, em fatores ambientais que possam gerar dificuldades no desempenho das atividades cotidianas ou de participação social das pessoas com algum tipo de alteração na funcionalidade, que facilitam situações de adoecimento, incapacidade, segregação e/ou exclusão social;
- Ações que minimizem e/ou traga resolução de situações de vulnerabilidade e risco social;
- Facilitação dos processos de inclusão escolar, de participação em atividades de caráter produtivo na comunidade, organização da população para a defesa de direitos, construção de espaços de convivência que promovam a minimização da violência nos domicílios e na comunidade;

3.8.2. Reabilitação e Manutenção da Saúde

- Considerar a necessidade de ações de reabilitação, de intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico e na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano, ponderando também as necessidades de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade ou adoecimento, acamadas, restritas ao domicílio e com alterações nas suas capacidades funcionais.
- Favorecer a participação social de todos os indivíduos do território, tanto do ponto de vista individual, quanto familiar e coletivo.
- Atendimentos individuais para casos que necessitam de uma intervenção pontual na busca da prevenção da instalação de quadros mais crônicos, sejam de ordem física como adaptações, órteses, manejo corporal, mental/psíquica ou social como projeto de vida, escuta qualificada, ressignificação do dia a dia, articulações intersetoriais.
- A reorganização do cotidiano para a máxima desenvoltura do desempenho ocupacional na vida pessoal e social. Ganha destaque a inserção de práticas ancoradas na abordagem familiar e comunitária, no estabelecimento e execução de projetos de vida, no desenvolvimento de talentos e habilidades ocupacionais, na ressignificação dos espaços coletivos e de lazer, no brincar e no fortalecimento da cidadania.

3.8.3. Procedimentos clínicos, tecnologias e estratégias

- A prescrição, confecção, orientação e treino /de equipamentos de ajuda e de tecnologias assistivas;
- Construção de projetos de vida;
- Ressignificação da relação do homem com a ocupação e com o meio;
- Reorganização do cotidiano; a orientação, treino e habilitação para a realização das atividades de vida diária, considerando a história de vida das pessoas, sua família e o cotidiano.
- Atividades na comunidade para o acesso aos direitos e participação social da população atendida, no enfrentamento de situações de violência e ruptura da rede social e de suporte;
- Ações junto aos equipamentos públicos da rede assistencial de saúde, educação, assistência e arte, cultura.

- Grupos de atividade corporal, de cuidados às pessoas;
- Oficinas de atividades com fins de sociabilidade, expressão e participação social;
- Oficinas terapêuticas, artísticas e culturais;
- Atividades lúdicas e Cooperativas sociais;
- Grupos e atendimentos com a utilização de Práticas Integrativas Complementares (PICs);
- Ações nos domicílios por meio de atividades de orientação e treinamento, tratamentos e ações organizadoras e estruturadoras das atividades cotidianas;
- Ações para inclusão de pessoas com deficiência ou incapacidades no mercado de trabalho;

3.8.4. Populações tipicamente atendidas pela TO na APS

- Crianças e bebês com alterações no desenvolvimento infantil; com questões de saúde que gerem dificuldades de aprendizagem; e com demanda de inclusão escolar;
- Pessoas com deficiência (física, sensorial) ou incapacidades; Exemplos: Pessoas com Paralisia Cerebral; Síndromes congênitas; Questões ortopédicas, principalmente em MMSS, como Síndrome do Túnel do Carpo, Artrite, Tendinite; Pessoas com sequelas de Hanseníase;
- Adolescentes; Idosos; Trabalhadores;
- Pessoas em situação de vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais; em sofrimento psíquico; com sequelas neurológicas; em situação de rua; com problemáticas ligadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas, e em situação de violência;

4. Supervisão das atividades de competência específica dos residentes multiprofissionais

Os residentes multiprofissionais **semanalmente** terão a supervisão de suas atividades relativas ao núcleo de competência, principalmente, discussão dos casos atendidos individualmente pelos residentes, realizada pelos seus respectivos tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde. Abaixo encontra-se especificada por área profissional a dinâmica da supervisão:

4.1. Farmácia

Devido a pandemia as supervisões têm sido online, todas quintas-feiras das 19:30 as 22 horas com a tutora Profa. Dra. Julieta Ueta.

4.2. Fisioterapia

Reunião semanal, todas às terças-feiras, com duração de 1h30 com preceptora da fisioterapia na APS Ft. Ms. Tainan Castro e tutora de área Profa. Dra. Anamaria Siriani. As reuniões estão acontecendo *online* devido a pandemia às quartas-feiras, porém, sempre aconteceram presencialmente e devem voltar para este formato quando possível, conforme normativas da USP.

4.3. Fonoaudiologia

Reuniões semanais, às quintas ou sextas feiras, a ser combinado com Prof^a Dra^a Tatiane Martins Jorge. Os encontros acontecerão por volta das 16h. Uma semana em cada NSF.

4.4. Nutrição

4.5. Odontologia

No momento, temos reunião *online* com a docente Profa. Dra. Soraya Fernandes Mestriner às segundas-feiras, com duração de 2 horas. Além disso, no NSF 4, realizamos uma reunião semanal com o Prof. Dr. Wilson Mestriner após a reunião administrativa, sendo os dois docentes e a preceptora Solange Gual sempre solícitos para sanar outras demandas durante a semana.

4.6. Psicologia

Reunião *online* (durante a pandemia) ou presencial (antes da pandemia) semanal com duração de (1 hora) com supervisoras Ms. Camila Dellatorre Borges (NSF V) e Ms. Cassiana Moraes de Oliveira (NSF IV).

4.7. Terapia Ocupacional

5. Avaliação dos residentes multiprofissionais

A Coordenação da Residência disponibiliza às equipes dos NSF um instrumento de avaliação dos residentes para ser preenchido ao final de cada ano. Nos NSF IV e NSF V o preenchimento do instrumento de avaliação será realizado conjuntamente pelos membros da equipe de referência em uma reunião específica para esta atividade. (Anexo I).

6. Avaliação do estágio pelos residentes

Os residentes multiprofissionais também realizarão a avaliação anual do processo de aprendizagem em cada Núcleo indicando os pontos positivos e aqueles que possam ser melhorados considerando as possibilidades e as realidades de cada equipe e território (Anexo II).

7. Semana-padrão dos residentes multiprofissionais nos NSF IV e V

7.1. Proposta em 24 horas semanais

8h - Reuniões (Reunião matriciamento; Reunião entre equipe multi; Reunião administrativa de equipe;)

5h - Grupos (2 ou 3 grupos)

5h - atendimentos compartilhados, individuais; VDs

6h- Trabalhos administrativos/Planejamento (Planejamento de grupos, atividades, atendimentos, formação continuada)

8. Referências Bibliográficas

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). **Occupational therapy practice framework: Domain and process** (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1), S1–S48. 2014.

ARDOSO AP; LEMLE A; BETHLEM N. **Doenças pulmonares obstrutivas crônicas**. In: BETHLEM, N. Pneumologia. 4. ed. São Paulo: Atheneu, cap. 35, p. 600-621, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (Cadernos de Atenção Básica, nº 39)** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Brasília: MS; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente Entra na Roda: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Texto base para discussão sobre matriciamento**. Campinas, 2009.

CAMPOS GWS; DOMITTI AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAVALCANTI et al. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde**. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA (CRF). **Fonoaudiologia**. São Paulo: Conselho Regional de Fonoaudiologia de São Paulo, 2020.

DIMENSTEIN M; MACEDO JP. **Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 32, p.232-245, 2012.

FEDOSSE E; SCHIAVO LP; MIOLO SB. **Atuação fonoaudiológica em atenção básica: relato de vivência em um programa de residência multiprofissional**. Anais do XXIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, Salvador, 2015.

FIGUEIREDO MD; CAMPOS RO. **Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FILHO, Júlio de; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da. **Consulta Conjunta: uma Estratégia de Capacitação para a Atenção Integral à Saúde**. Rev. bras. educ. med., Brasília, v. 29, n. 2, p. 147-151, Aug. 2005

GUIDETTI, E.; ALMEIDA, M. M. DE. **Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas**: levantamento de necessidades. Revista da ABENO, v. 13, n. 2, p. 69–75, 2014.

MEDEIROS EA; MAIA RM; CEDRO MO; BARBOSA MLC; CORREIA RBF; TAVARES PMB et al. **A inserção da fonoaudiologia na estratégia saúde da família: vivências em sobral – CE**. SANARE, Sobral, 8(2):07-15, 2009.

MELLO FILHO J; SILVEIRA LMC; BURD M. **Consulta-conjunta: uma estratégia de atenção integral à saúde**. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. Psicossomática hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 48, p. 601-608, 2010.

OLIVEIRA REM.; PINHEIRO JTC; SILVA JUNIOR DB; UETA, JM. **O farmacêutico na Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde**. In: Alcindo Antônio Ferla; Cristianne Maria Famer Rocha; Ananyr Porto Fajardo; Daniela Dallegrave; Eloá Rossoni; Vera Lucia Pasini; Rafael Garcia Sonaglio. (Org.). Residências em saúde e o aprender no trabalho. 1ed.Porto Alegre: Rede unida, v. 1, p. 55-73, 2017

PEREIRA IB et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 478 p, 2008.

PINTO, V. G. Programação em saúde bucal. In: PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000. p. 99-137.

RECINE E; LEÃO M; CARVALHO MF. Conselho Federal de Nutricionistas (org.). **O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde**. 3.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Nutricionistas, 2015.

ROCHA EF; PAIVA LFA; OLIVEIRA RH. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias.** Cad. Ter. Ocup. Ufscar, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

SCHIMITT, ACB et al. **Fisioterapia e Atenção Primária à Saúde.** Editora Thieme Revinter - 1ª edição. Rio de Janeiro, 2020.

SISTEMA DE CONSELHOS FEDERAL E REGIONAIS DE FONOAUDIOLOGIA. **Contribuição da Fonoaudiologia para o avanço do SUS.** Novembro, 2015.

THISTLETHWAITE, Jill E. **Interprofessional education: implications and development for medical education,** *Educación Médica*, v. 16, n. 1, p. 68-73, jan-mar. 2015.

ANEXO I - Instrumento de Avaliação dos Residentes Multiprofissionais

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO RESIDENTE PELA EQUIPE DO NSF

IDENTIFICAÇÃO
Residente:
NSF _____ Preceptor(es)/Tutor(es) de Campo responsáveis pela avaliação:
Início (MM/AAAA) ____/____ Término ou previsão de término (MM/AAAA) ____/____
Período a que se refere essa avaliação/...../..... a...../...../.....
REGISTRO DE INCIDENTES CRÍTICOS MÍNIMOS*
Os supervisores podem usar esse campo para documentar fatos que caracterizam pequenas falhas ou omissões de profissionalismo do residente como, p.ex., atrasos, faltas injustificadas ou não comunicadas, omissão em tarefas específicas, comportamentos impertinentes e recorrentes. Procure transcrever datas e situações concretas que subsidiem o registro e que possam ser utilizadas para a avaliação formativa do residente, como pontos de aprimoramento pessoal. Caso seja necessário, use também o verso da folha.

*Qualquer incidente crítico que for considerado mais relevante, como condutas antiéticas, discriminatórias, imprudência, imperícia, quebra de sigilo ou outros a critério da supervisão, devem implicar em advertência imediata ao residente de acordo com o regimento e serem comunicados formalmente junto a secretária do programa - comissoes@hcrp.usp.br

AValiação Global do Residente no Ambiente de Trabalho			
NA	Satisfatório	Precisa melhorar	Cuidado às necessidades individuais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica necessidades de saúde considerando-se os aspectos biológicos, subjetivos e sócio-culturais, favorecendo o relato do contexto de vida do paciente/família e obtendo dados relevantes da história clínica de maneira respeitosa, empática e cronologicamente adequada.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuida da privacidade e do conforto do paciente; explica e orienta o paciente sobre os procedimentos a serem realizados; adota medidas de biossegurança; mostra destreza e técnica adequada no exame clínico.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Integra e organiza os dados da história e exame clínicos, elaborando hipóteses diagnósticas fundamentadas no processo saúde-doença.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Solicita e interpreta recursos complementares para confirmar ou afastar as hipóteses elaboradas (exames, visita domiciliária, obtenção de dados com familiares/cuidador/outras profissionais); justifica suas decisões baseando-se em princípios éticos e em evidências, na relação custo/efetividade, no acesso e no financiamento dos recursos.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elabora e executa um plano de cuidado e terapêutico considerando princípios éticos, as evidências encontradas na literatura, o contexto de vida do paciente/família e situação epidemiológica do município; envolve outros membros da equipe ou recursos comunitários quando necessário; contempla ações de promoção da saúde e prevenção das doenças; considera o grau de resolutividade dos diferentes serviços de atenção à saúde ao referenciar/contra-referenciar o paciente.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comunica e registra informações relevantes, de forma ética, organizada e orientada para o problema do paciente/família.
NA	Satisfatório	Precisa melhorar	Cuidado às necessidades coletivas em saúde
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utiliza dados primários e secundários referentes às características geopolíticas, sócio-culturais e epidemiológicas para o levantamento e priorização dos problemas.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Utiliza as ferramentas do planejamento estratégico situacional para identificar determinantes, nós críticos que orientam alternativas de intervenção sobre os problemas levantados.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Elabora e executa ações considerando critérios éticos e de viabilidade, factibilidade (recursos e parcerias), vulnerabilidade, aplicando tecnologias apropriadas.
NA	Satisfatório	Precisa melhorar	Organização e gestão do trabalho de vigilância à saúde
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organiza e cria condições para implementação do trabalho coletivo, estabelecendo relação respeitosa e de colaboração com colegas e/ou membros da equipe, visando responder efetivamente às necessidades levantadas, tanto as individuais como aquelas da comunidade; mostra assiduidade e responsabilidade no cumprimento das tarefas; respeita normas institucionais; posiciona-se considerando, entre outros, valores de justiça, equidade e diversidade cultural e religiosa em sua prática profissional.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz e recebe críticas respeitosamente e avalia o processo, resultados e impacto das ações desenvolvidas utilizando indicadores de qualidade do serviço de saúde no qual participa; propõe ações de melhoria.

NA	Satisfatório	Precisa melhorar	Educação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identificar as próprias necessidades de aprendizagem e as dos usuários, familiares, cuidadores, equipe multiprofissional, grupos sociais e/ou da comunidade, a partir de uma situação significativa, respeitando o conhecimento prévio e o contexto sócio-cultural, desenvolvendo a capacidade de aprender a aprender. Realiza busca efetiva de informações e confronta com evidências científicas, identificando necessidade de produção de novos conhecimentos voltados às necessidades de saúde individual e coletiva
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mostra postura aberta à transformação do conhecimento e de própria prática, fazendo e estabelecendo críticas de modo respeitoso e ético. Escolhe estratégias interativas para a construção e socialização de conhecimentos, segundo as necessidades identificadas. Orienta usuários, familiares, grupos e/ou a comunidade respeitando saberes e interesses, compartilhando conhecimentos. Favorece espaços formais de Educação Permanente e participa da formação de futuros profissionais
NA	Satisfatório	Precisa melhorar	Investigação científica apenas para estudantes em segundo ano de residência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Compreende a PB como uma fonte de propiciar o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem. Busca respostas para questões propostas exigindo pensamento reflexivo e tratamento científico, incluindo critério e sistematização; na escolha do tema leva em consideração a relevância teórico-prática e disponibilidade de material bibliográfico.
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Formula o tema de forma clara e simples; delimita o tema fundamentando sua importância e relevância; apresenta de forma sintética os objetivos; explicita a questão e os pressupostos; escolhe metodologia quantitativa e/ou qualitativa apropriada ao objeto.

<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Identifica, localiza e copia de maneira sistemática o material bibliográfico; realiza fichamento com referência bibliográfica completa de fonte de acordo com ABNT, resumo de abordagem e comentário crítico; faz análise dos resultados encontrados; faz a redação final de acordo com a técnica prevista no projeto de pesquisa.
---	--

AVALIAÇÃO GLOBAL - CONCLUSÃO

Encorajamos que os supervisores apresentem pessoal e individualmente essa ficha de avaliação ao residente para discutir pontos fortes e pontos de aprimoramento. Quaisquer aspectos que foram considerados importantes e que estão omissos no restante do formulário podem ser destacados no campo a seguir. Caso o residente tenha recebido o conceito “precisa melhorar” em qualquer um dos critérios considerados nessa avaliação é obrigatório descrever a seguir as evidências que sustentaram sua avaliação. Caso seja necessário, use também o verso da folha.

Comentários Gerais sobre a trajetória do estudante no serviço durante o período avaliado

Pontos Fortes / Destaques

Sugestões de melhorias ou aprimoramento

O desempenho global do residente nesse período foi considerado:

Abaixo das Expectativas Dentro das Expectativas Acima das Expectativas



NOTA: *(opcional)* _____

Assinatura do Preceptor Responsável

Assinatura do Residente

ANEXO II - Instrumento de Avaliação dos Campos de Estágio pelos Residentes Multiprofissionais

Local de Estágio: _____ **R1 () R2 ()**

Período avaliado: _____ **Campo profissional:** _____

1. Breve descrição das atividades realizadas: _____

2. Aspectos positivos quanto ao conhecimento teórico-prático adquirido:

3. Aspectos que faltaram aprender e que seriam úteis em situações similares no futuro

4. Comentários sobre a participação dos preceptores no apoio ao desenvolvimento das atividades nos Núcleos:

Preceptores dos Núcleos: _____

Preceptores do Programa: _____

5. Em relação às atividades realizadas nos Núcleos informe qual o percentual de sua carga horária aproximado dedicado a cada tipo durante o ano:

Nas atividades de promoção da saúde: _____

Nas consultas individuais: _____

Nas consultas conjuntas: _____

Nas visitas domiciliares: _____

Outras Atividades (especificar): _____