

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMILA RAMOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA GARANTIR O ACESSO DE
QUALIDADE AOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CIDADE DE ITANHOMI**

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2014

CAMILA RAMOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA GARANTIR O ACESSO DE
QUALIDADE AOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CIDADE DE ITANHOMI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Juliana Dias Pereira dos Santos

GOVERNADOR VALADARES / MINAS GERAIS

2014

CAMILA RAMOS PEREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA GARANTIR O ACESSO DE
QUALIDADE AOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DA CIDADE DE ITANHOMI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção Básica
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Juliana Dias Pereira dos Santos

Banca Examinadora

Profa. Juliana Dias Pereira dos Santos - orientadora

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 21 de maio de 2014

Dedico este trabalho a todos os usuários do Sistema Único de Saúde, em especial aos da Atenção Primária.

À minha mãe, minha tia Sebastiana, minha avó e ao meu noivo, que me incentivaram e me ajudaram a concretizar esse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força para continuar mesmo quando tudo parecia impossível.

Agradeço a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta me incentivaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço à minha orientadora Juliana Dias Pereira dos Santos, pela compreensão, paciência, humildade e indescritível ajuda na execução deste estudo.

RESUMO

Este projeto de intervenção é o resultado de uma revisão bibliográfica, que objetivou propor ações, através de capacitação, para que os usuários da Atenção Primária à Saúde do município de Itanhomi tenham garantia de acesso com qualidade. O presente estudo, baseado em pesquisa bibliográfica, pautou-se em monografias, apostilas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, revistas e artigos científicos sobre qualidade de acesso, acolhimento, referência e contra referência e diretrizes clínicas. A primeira busca bibliográfica foi realizada na base de dados– *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) – base brasileira, a partir das palavras chave: qualidade de acesso, acolhimento, referência e contra-referência e, diretrizes clínicas. Foram incluídos apenas estudos nacionais publicados no período de 2003 a 2013. Os resultados foram apresentados através da síntese dos achados, enfatizando a importância do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos, sejam eles, geográficos, sócio-econômicos entre outros. No contexto atual de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde. É de suma importância que os profissionais de saúde e gestor do município de Itanhomi sejam capacitados para garantir a melhoria do acesso aos usuários no âmbito da atenção primária, através do conhecimento do real significado e execução dos seguintes instrumentos: acesso, acolhimento, referências e contra referências e, diretrizes clínicas. Porém, estabelecer tais mecanismos pressupõe uma lógica de organização e funcionamento de serviços de saúde, partindo do princípio de que a Unidade de Saúde tem as funções de realizar o acolhimento, o atendimento e o encaminhamento, caso seja nível de atenção secundário e terciário, de todos os usuários, de modo universal.

Palavras-chaves: Acolhimento, Protocolos Clínicos, Equidade no acesso e Referência.

ABSTRACT

This intervention project is the result of a bibliographical review, with the objective of propose actions, through training, then the, users of the Primary Health Service of the region from Itanhomi can have the assurance of a high quality service, The present study, based in bibliographical researches, was guided by monographs, books of the Director Plan For The Primary Health Service, magazines and scientific articles about quality of access, health care, reference and cross-reference and clinical guidelines. The first bibliographical search was in the bibliographical base – Scientific Electronic Library Online (SciELO) – Brazilian base, through the keywords: quality of access, health care, risk classification, reference and cross-reference and clinical guidelines. It was included only national studies published through 2003 to 2013. The results were presented through the synthesis of what was found, highlighting the importance of access, including aspects of the organization and of the dynamics of the work process, considering the contribution and the importance of the analyses of various aspects, no caring if they are geographical, social and economical and so on. In the actual construction context of the Unified Health System (UHS), it's fundamental to enhance paths to be followed and experienced, like the proposal to health care, as a guideline to operate the Health Service. It's very important that the health service professionals and the municipal managers of the micro region of Governador Valadares be trained to improvement of the access for the users at the primary care, through the knowledge of the true meaning and execution of the following aspects: high quality assistance, access, health care, risk classification, reference and cross-reference and clinical guidelines. It is concluded that one of the results of this intervention project is the improvement of the access, assured by the cities in the micro region of Governador Valadares through the existence of systems to assure the quality in the offered services, having an e enhancement services to offer to population as gain of these systems, just like the facilitation for people to use the basic services and, also, the other complexity levels, constituting, thus, the important enhancement and effective applications of the public health policy. However, to establish those mechanisms requires a logic of organization and operation of the system health services, assuming that the Health Center must do the health care, the care and the routing, in case of being a secondary and tertiary level of service, for all users, in a universal way.

Keywords: Home, Clinical Protocols, equity in access and reference.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	15
3.1	Objetivo Geral	15
3.2	Objetivos Específicos	15
4	METODOLOGIA	16
5	REVISÃO TEÓRICA	18
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1.	Monitoramento e Avaliação	24
6.2.	Viabilidade do Projeto	25
6.3.	Cronograma Físico	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A gestão pública dos serviços de saúde, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS), tem sido alvo de reflexões e novas proposições. Neste sentido, a visão atual de gestão pública enfatiza as possibilidades de decisões descentralizadas, produto da construção e consolidação do SUS, a qual vem sendo viabilizada pelos seus princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

A qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde nas últimas décadas.

“A universalidade e a garantia de acesso por meio dos cuidados primários de saúde têm sido preconizadas em vários países do mundo como forma de se alcançar maior equidade e satisfação das expectativas dos usuários. Entre os diversos aspectos relacionados ao cumprimento desse desafio, também no Brasil, o campo da qualidade no contexto da Atenção Primária em Saúde tem recebido uma atenção especial por parte do Ministério da Saúde, com a constituição de um grupo de trabalho voltado para o seu desenvolvimento” (CAMPOS, 2005, p.64).

De acordo com Campos (2005), o cliente ou usuário entende como qualidade, a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde. A qualidade é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários, em vários países do mundo, inclusive no Brasil. No caso da Atenção Primária à Saúde, porém, essa é uma questão nova em nossa realidade.

O acesso à saúde está ligado a condições de vida; sendo estas, nutricionais, de moradia, poder sócio-econômico e educação, englobando ainda, a acessibilidade aos serviços, que vai além da dimensão geográfica; abrangendo também o aspecto econômico relativo aos gastos como um todo, ou seja, do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população (RAMOS; LIMA, 2003).

O serviço de saúde, ao desenvolver ações voltadas para o usuário, precisa ter como princípio a realização do acolhimento, com objetivo de resolver as necessidades e agilizar as demandas de acordo com as prioridades. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves, tais como facilidade de acesso do usuário e acolhimento (SOUZA *et al.*, 2008).

De acordo com o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS, 2006) o acolhimento tem como propósito identificar a população residente no território de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde, reconhecer e responsabilizar-se pelos problemas de saúde, organizar a porta de entrada e viabilizar o primeiro contato através das equipes de saúde, humanizando o atendimento e alcançando a satisfação do usuário. Tem como objetivo receber, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética aos usuários.

A prática do acolhimento fundamenta-se no trabalho em equipe, não apenas de um grupo de profissionais inseridos no processo de trabalho. O acolhimento modifica a lógica do atendimento, por ordem de chegada, evita as filas de espera, permitindo que o usuário seja atendido de acordo com a sua necessidade, evitando o agravamento do quadro clínico do cliente. Viabiliza também o atendimento das demais pessoas de forma organizada e racional, através da atenção agendada e programada, melhorando a qualidade do acesso.

A classificação de risco, segundo o Protocolo de Manchester, é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico. A classificação de risco tem como objetivos humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade de atendimento do usuário, de acordo com a gravidade do caso; determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado, de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso e prestar informações adequadas aos usuários e seus familiares (PDAPS, 2009).

A referência e a contra referência são instrumentos importantes para garantir o acesso de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde. Referência

representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário em relação ao serviço de saúde é mais simples, como, por exemplo, quando o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

As diretrizes clínicas são instrumentos de normalização do padrão do cuidado em saúde e tem como propósito orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, fundamentada em evidência científica, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento (PDAPS, 2009).

O município em estudo foi emancipado no ano de 1948 e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010) possui uma população de 12.294 habitantes, possui uma área territorial de 488,23 Km², distando 355 km da capital mineira. De toda a população de Itanhomi, aproximadamente 63,71% reside em área urbana e 36,29% reside em área rural, portanto temos uma variável de densidade demográfica considerável entre a zona urbana (107 hab/km²) e rural (10,8 hab/km²) do município.

Itanhomi tem como fonte de renda de maior importância a prestação de serviços, seguida da pecuária, agricultura e de rendas dos servidores públicos municipais e estaduais, bem como dos aposentados e pensionistas. Tendo como principal empregador o setor público e comércios locais. Quanto ao sistema de educação e cultura, 65% das pessoas são graduadas em diversas áreas, possuindo, portanto um nível de cultura acima do que é peculiar à maioria dos municípios de pequeno porte. A rede educacional oferta educação fundamental, média e pré-escolar.

No que se refere à saúde, conforme estabelece as Normas Operacionais do SUS, ela está habilitada à Gestão Plena de Sistema Municipal, cuja habilitação se efetivou pelo Termo de Compromisso de Gestão/2007; quanto à divisão administrativa, pertence a Micro de Governador Valadares, tendo como nível de atendimento, a Atenção Primária.

No que se refere à estrutura física e espaços sanitários; o município dispõe de: uma unidade hospitalar filantrópica; duas Unidades Básicas de Saúde; três postos de saúde na zona rural; três academias da saúde; um pólo de academia em saúde; um ginásio poliesportivo; dois clubes recreativos; uma farmácia de Minas e farmácias populares conveniadas.

Em relação à equipe de profissionais da assistência e vigilância em saúde, a rede é composta por: quatro equipes de saúde da família (ESF) com 31 agentes comunitários de saúde; três equipes de saúde bucal (ESB) e uma equipe de núcleo de apoio à saúde da família (NASF) com seis profissionais de diferentes categorias profissionais, uma equipe do Programa Saúde na Escola (PSE); um setor de combate às zoonoses e endemias; e um setor de vigilância em saúde.

Durante o curso de especialização, destacou-se a importância que os profissionais de saúde e o gestor municipal de Itanhomi sejam capacitados para garantir a melhoria do acesso aos usuários no âmbito da atenção primária, através do conhecimento do real significado e execução dos seguintes instrumentos: qualidade da assistência, acesso, acolhimento, classificação de risco, referências e contra referências e, diretrizes clínicas.

Diante deste contexto, pergunta-se: o que fazer para garantir o acesso de qualidade aos usuários da Atenção Primária à Saúde? A resposta para essa pergunta é o objetivo principal deste projeto.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha do projeto de intervenção proposto surgiu a partir da necessidade de melhorar o acesso dos usuários à Atenção Primária à Saúde, visto que existem inúmeras dificuldades que impedem a garantia da qualidade da assistência. A qualidade dos atendimentos, a facilidade de acesso, a realização do acolhimento, a implantação da classificação de risco segundo o Protocolo de Manchester, o uso da referência e contra referência e a elaboração e efetivação das diretrizes clínicas são mecanismos fundamentais para permitir uma assistência digna à população. Mediante diversos desafios nos serviços de saúde prestados aos usuários, me deparei com o questionamento do que poderia ser realizado para garantir o acesso de qualidade a esses usuários.

Desta forma, destaca-se a importância dos profissionais da Atenção Primária à Saúde e gestor municipal ser capacitado para garantir o acesso de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde. Os resultados do projeto poderão ser úteis aos trabalhadores da saúde e gestor municipal de Itanhomi qualificando e promovendo estratégias que permitam as mudanças no cotidiano dos serviços prestados à população.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do acesso de qualidade aos usuários da Atenção Primária à Saúde da cidade de Itanhomi.

3.2 Objetivos Específicos

Estruturar processo de revisão conceitual e atualização em acesso de qualidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde

Propor capacitação às equipes que trabalham na Atenção Primária à Saúde, mostrando a importância da realização do acolhimento, bem como a efetivação da Classificação de Risco, segundo Protocolo de Manchester;

Elaborar estratégias para fortalecer o papel da Atenção Primária à Saúde como a porta de entrada para a rede de serviços de saúde, definindo os processos de referência e contra referência;

Contribuir para a elaboração e efetivação das diretrizes clínicas no atendimento prestado aos usuários da Atenção Primária à Saúde

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que tem como objetivo capacitar os profissionais da Atenção Primária à Saúde e o gestor do município de Itanhomi para que garantam um acesso de qualidade aos usuários no âmbito da atenção primária. O presente estudo, baseado em pesquisa bibliográfica, pautou-se em monografias, apostilas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, revistas e artigos científicos sobre Acolhimento, Protocolos Clínicos, Equidade no acesso e Referência. A primeira busca bibliográfica foi realizada na base bibliográfica – *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos apenas estudos nacionais publicados no período de 2003 a 2011.

Através do conhecimento adquirido a partir da revisão bibliográfica, foi realizada uma proposta de intervenção para que os profissionais de saúde e o gestor do município de Itanhomi possam desenvolver ações que garantam um acesso de qualidade aos usuários da atenção primária.

A primeira ação proposta será uma capacitação para uma equipe de saúde da família (ESF), com a sugestão de que esses profissionais capacitados sejam multiplicadores para as demais equipes existentes. Os profissionais de saúde pertencentes à equipe serão comunicados da capacitação por meio de e-mail, confeccionados pela odontóloga Camila Ramos Pereira, responsável pela capacitação.

As atividades dessa ação educativa serão desenvolvidas no auditório da Prefeitura Municipal de Itanhomi, uma vez que facilita o acesso do público alvo. Será utilizado computador e datashow para a apresentação de slides preparados para sensibilizar os profissionais de saúde e o gestor.

Essa capacitação se baseará na síntese dos achados dos artigos científicos, monografias, revistas científicas e apostilas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, abordados de forma pedagógica; como oficinas e exposições dialogadas, permitindo a compreensão das pessoas que participarão da capacitação. Essa abordagem, juntamente com as ações propostas nos objetivos deste projeto, faz-se necessária para o entendimento de todos os participantes dessa capacitação.

O público alvo do projeto serão os médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, agentes comunitários de saúde que trabalham na atenção primária e o gestor municipal.

5 REVISÃO TEÓRICA

De acordo com Hernandez et al., (1998) apud Campos (2005, p 64)

A qualidade em saúde envolve vários aspectos e pode ser definida como a existência de serviços acessíveis e equitativos, com ótima atuação profissional, levando em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário.

Campos (2005, p 64) relata que:

Aliada à boa prática do ponto de vista científico e considerando as disponibilidades de recursos existentes, espera-se que os serviços atendam às necessidades de saúde definidas tecnicamente, contemplando o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam, a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação. A atenção à saúde deve buscar otimizar os seus efeitos desejáveis e, por outro lado, minimizar os seus efeitos indesejáveis, para, acima de tudo, responder às expectativas e necessidades manifestas aos usuários. Considera-se ainda a necessidade de analisar o perfil de saúde e doença da comunidade como base para alcançar a redução das desigualdades de acesso e dos riscos de adoecimento entre os indivíduos, famílias e comunidades.

Campos (2005, p 65) ainda cita que:

Por ocasião da implantação, por parte do Ministério da Saúde, da Estratégia Saúde da Família, foram definidos os princípios operacionais que deveriam ser cumpridos pelos municípios. Entre eles destacam-se a participação dos gestores, profissionais de saúde, das organizações comunitárias e da população em geral; a aprovação por parte do Conselho Municipal de Saúde; a elaboração de um projeto de implantação; a identificação de áreas prioritárias; a composição das equipes; a cobertura assistencial por equipe de saúde da família; o mapeamento e o diagnóstico das áreas e microáreas de atuação; a implantação e alimentação de sistema de informação; o processo de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais; o planejamento local das atividades; a programação das atividades, incluindo um elenco de metas de desempenho e cobertura pré-estabelecidas; a organização de métodos e rotinas de trabalho; a educação permanente. A existência de tais princípios e o monitoramento de seu cumprimento permitiriam estabelecer as bases e critérios a serem elegidos para a definição de padrões de qualidade que pudessem ser aplicados nos processos de avaliação.

As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimento e rendimento profissional, deslocam-se para tendências que buscam qualificá-lo no ato da recepção do

usuário. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sua qualidade (SOUZA et al., 2008).

Para Souza et al. (2008), o acesso como possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica.

Para Ramos e Silva (2003, p 28) entende-se por acesso:

A distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento, como filas, local e tempo de espera; tratamento recebido pelo usuário; priorização de situações de risco; urgências e emergências; respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio. Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas.

Souza et al. (2008, p 102) enfatizam que:

o acolhimento deve ser visto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

Para Franco et al.(1999) *apud* Ramos e Lima (2003, p 28):

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

De acordo com o PDAPS (2009), o objetivo do Protocolo de Manchester é estabelecer um tempo de espera, pela atenção médica, adequado para a

necessidade do usuário e não de estabelecer diagnóstico. O método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão e por fim estabelecer o tempo de espera que varia de acordo com a gravidade, ou seja, vermelho significa emergente (zero minuto), laranja significa muito urgente (10 minutos), amarelo significa urgente (60 minutos). Verde significa pouco urgente (120 minutos) e azul significa não urgente (240 minutos).

Na organização do acolhimento, pode-se adotar a classificação de risco como uma importante estratégia para compor a avaliação dos usuários que buscam a unidade com queixas clínicas. A Classificação de Risco é um processo dinâmico, na qual os profissionais devem ser capacitados de forma a identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, seguindo os critérios para avaliação do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, organizando o fluxo da unidade de acordo com as necessidades da demanda, de forma a atender e resolver através de assistência e/ou encaminhamentos todos os casos dos usuários que procuram o serviço (LIMA, 2011).

Lima (2011, p 17) ainda afirma que:

A Classificação de Risco é uma atividade que objetiva humanizar e personalizar o atendimento; avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso; estabelecer a prioridade de atendimento do usuário de acordo com a gravidade do caso; determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado de acordo com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso; prestar informações adequadas aos usuários e familiares. Para a realização de tal tarefa, os profissionais da equipe de saúde, enfermeiros e médicos, devem estar devidamente capacitados para proceder a uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.

Na perspectiva de reorientação do atual modelo assistencial, preconiza-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio dos pressupostos da Atenção Básica, seja a “porta de entrada”, ou seja, o primeiro contato dos usuários, com os serviços de saúde, além de organizar a referência e contra-referência. Neste contexto, as ações vão além dos cuidados primários, orientando o fluxo dos usuários pelos diferentes níveis de atenção à saúde (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011).

Em muitas situações, percebe-se que:

A preocupação das Equipes Estratégia de Saúde da Família, em prestar atenção integral aos usuários, é dificultada pela ausência de uma rede regionalizada de referência e contra-referência de serviços assistenciais. Assim, a partir do instante em que a continuidade do cuidado é rompida, há a predominância e o fortalecimento do modelo clássico de assistência em saúde, o qual se sustenta pelo modelo biomédico de consultas, que busca, essencialmente, solução para os sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo, em detrimento de uma atenção integral (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011, p 30).

Segundo Fratini, Saupe e Massaroli (2008) os conceitos de referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não.

Machado, Colomé e Beck (2011, p 31) citam que:

O trabalho em saúde se organiza a partir de encontros entre trabalhadores, e desses, com os usuários. São fluxos políticos, comunicacionais, subjetivos que estão permanentemente entre os sujeitos, formando uma intrincada rede de relações que dá condições para desenvolver o cuidado. Assim sendo, o sistema de referência e contra-referência compõe também esta rede de relações ao articular diversas unidades, a partir da organização dos encaminhamentos. A rede relacional aproxima os trabalhadores dos fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde, bem como têm suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

Machado; Colomé e Beck (2011, p 32) ainda enfatizam que:

O sistema de saúde enfrenta problemas no que tange a sua organização, pois se verifica a dificuldade de integração entre seus diferentes níveis de atenção, ilustrada pela falta de referência e contra-referência, o que impede algumas possibilidades de ações e intervenções em saúde. Este fato sinaliza para a necessidade de mudanças na organização e nas práticas assistenciais dos serviços, requerendo aprofundamento especial desta temática no âmbito das categorias profissionais que se configuram como elementos essenciais no sistema de referência e contra-referência.

Bernardo (2008, p377) cita que:

As diretrizes clínicas, elaboradas de muitas maneiras, têm procurado fornecer informações que expressem padrões de boa prática médica. Entretanto sabe-se que interesses não centrados no paciente podem influenciar no conteúdo dessas diretrizes. A evidência científica, traduzida e veiculada por meio de diretrizes clínicas, fornece instrumentos e conteúdo confiável que permitem ao médico, associando à sua experiência e aos

valores dos pacientes, tomar a decisão mais apropriada e segura. Mas, a elaboração e até a disseminação de uma diretriz clínica baseada em evidência não garantem seu uso, sua implementação.

Lima et al. (2009) relatam que hoje é internacionalmente aceita a pressuposição de que o uso de diretrizes clínicas para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de doenças, definidas a partir da evidência científica acerca da eficácia e efetividade de intervenções, produz melhores resultados além de atender a interesses de sistemas de saúde, mais ou menos dependentes de recursos públicos.

Diretrizes clínicas constituem-se em recomendações sistematicamente desenvolvidas para orientar médicos e pacientes acerca dos cuidados de saúde apropriados, em circunstâncias clínicas específicas. Elas contemplam indicações e contra-indicações, bem como benefícios esperados e riscos do uso de tecnologias em saúde, como, procedimentos testes diagnósticos, medicamentos, dentre outros, para grupos de pacientes definidos (LIMA et al., 2009).

Lima et al., (2009, p 2001) ainda enfatizam que:

Apesar do reconhecimento que a aplicação das recomendações contidas nas diretrizes clínicas possibilita alcançar melhores resultados assistenciais, seu uso ainda é incipiente. Em função disso, tem crescido o interesse em identificar características facilitadoras do uso e estratégias efetivas para a sua disseminação. Estudos apontam que as recomendações mais facilmente incorporadas, além de baseadas em evidência científica, devem ser simples, precisas, claras, não controversas e não demandantes de mudanças importantes na prática cotidiana. Também é apontada na literatura a importância de que as diretrizes clínicas sejam desenvolvidas ou endossadas pelas organizações profissionais e por médicos reconhecidos como líderes nas áreas em foco.

Fratini, Saupe e Massaroli (2008, p 67):

O SUS nasceu com a incumbência de universalizar a assistência e de incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados, tanto públicos quanto privados; mas a história não confirmou este objetivo. O aumento da demanda pelos serviços públicos gerou a necessidade de novas formas de dualismo, concretizadas através da implantação de planos de saúde. O SUS e seus princípios, universalidade, integralidade e equidade, passam então a representar um sistema carente de recursos, orientado para o atendimento das populações mais pobres ou marginalizadas. Mesmo entre os profissionais de saúde que atuam na atenção primária este conceito é generalizado.

Ressalta-se, portanto, a importância da qualificação do acesso, incluindo aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição e a importância de análises de vários aspectos (geográficos, sócio-econômicos entre outros). No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O primeiro eixo de intervenção será o desenvolvimento de ações que sensibilizem os profissionais e o gestor, confecção de slides e oficinas em grupo; a segunda meta buscará definir critérios de referências e contra referências por meio da contextualização a partir de achados científicos e abordagem das vantagens da realização das referências e contra referências nos encaminhamentos aos diferentes serviços de saúde e a classificação de risco e, a terceira meta contribuirá para a elaboração e efetivação das diretrizes clínicas a partir de experiências exitosas e oficinas em grupo.

A capacitação fornecerá aos participantes pastas contendo caneta, papel A₄ branco, cronograma, cartolina, papel pardo e pincéis anatômicos. Serão realizados debates em relação ao tema e momentos de compartilhar as experiências exitosas.

As atividades realizadas durante a capacitação terão duração de um dia por semana, com início às oito horas e término às treze horas, com intervalo de vinte minutos para lanche durante X semanas ou meses.

6.1 Monitoramento e Avaliação

O monitoramento será efetuado por meio de reuniões mensais com a equipe executora para o acompanhamento de metas e redirecionamento das ações. O monitoramento será possível à medida que as ações forem ocorrendo, através do cumprimento do cronograma proposto, dos custos previstos e de toda logística programada.

A avaliação consiste em saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção como critério e normas pré – estabelecida em função dos resultados visados. O projeto prevê duas avaliações, sendo uma no início da pesquisa e a outra no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados. O sucesso do projeto estará relacionado com o cumprimento da meta previamente estabelecida.

O monitoramento e avaliação dos resultados se realizarão após o primeiro mês de implantação, onde se fará a análise do projeto, através das dificuldades que os

profissionais apresentarem perante o tema proposto e mediante a implantação in loco de todos os instrumentos abordados no projeto. O coordenador do projeto será responsável pelo monitoramento e avaliação.

6.2 Viabilidade do Projeto

Tendo em vista as melhorias que o projeto proporcionara para nosso município, o mesmo tornar-se-á viável, pois o que é proposto deve ser implementado no Sistema de Saúde e necessita apenas da colaboração dos profissionais e do gestor.

Na próxima página encontra-se a apresentação do plano operativo desta proposta de intervenção.

Nós críticos	Objetivos	Ações	Metas	Indicadores	Responsável	Prazo
Acesso de qualidade na Atenção Primária.	Capacitar equipes e gestor;	Instituir processos de educação permanente dos profissionais de saúde e gestor. Realizar oficinas educativas, pautada no sistema de referência e contra-referência; Classificação de risco e Diretrizes Clínicas.	Capacitar 100% dos profissionais e gestor. Realizar uma oficina por bimestre.	Número de profissionais capacitados. Número de oficinas realizadas durante um ano.	Secretaria Municipal de Saúde e o Coordenador do Projeto.	Anual
	Elaborar estratégias para organizar o processo de referência e contra-referência;	Providenciar impressos de referência e contra-referência, Articular com a referência do município.	Fortalecer a Atenção Primária para efetivar o sistema de referência e contra-referência;	Número de unidades que realizem o sistema de referência e contra-referência.	Secretário de saúde e o coordenador da Atenção Primária.	Semestral
	Efetivar a classificação de risco.	Capacitar os novos profissionais quanto à classificação de risco, adquirir equipamento Trius para as novas unidades; Otimizar as ações já existentes de	Realizar classificação de risco em 100% das unidades; Capacitar 100% dos profissionais.	Número de unidades que realizem a classificação de risco.	Secretária Estadual de Saúde, Secretária Municipal de Saúde e Coordenador da Atenção Primária.	Semestral

		classificação de risco.				
	Elaborar e efetivar as diretrizes clinica nas unidades de saúde	<p>Sensibilizar os profissionais de saúde a utilizar as diretrizes já existentes nas unidades;</p> <p>Formar comissões para elaborar novas diretrizes;</p> <p>Acompanhar o processo de implantação das diretrizes nas unidades de saúde através de auditorias clínicas</p>	Implantar todas as diretrizes de acordos com os problemas de saúde.	<p>Numero de diretrizes discutidas com as equipes;</p> <p>Números de diretrizes utilizadas pelos profissionais das unidades (sugestão: avaliar o número de usuários submetidos a cuidados elementares recomendados nas diretrizes clínicas)</p>	Secretaria Municipal de Saúde, coordenador da atenção primaria e profissionais de saúde.	Semestral

6.3 Cronograma Físico

PERIODO: AGOSTO DE 2014 à AGOSTO DE 2015													
	08/2014	09/2014	10/2014	11/2014	12/2014	01/2015	02/2015	03/2015	04/2015	05/2015	06/2015	07/2015	08/2015
Instituir processos de educação permanente dos profissionais de saúde e gestor.	X	X											
Realizar oficinas educativas, pautada no sistema de referência e contra-referência; Classificação de risco e as Diretrizes Clínicas.			X			X			X			X	

Providenciar impressos de referência e contra-referência,				X									
Articular com a referência do município					X								
Capacitar os novos profissionais quanto à classificação de risco,							X						
Adquirir equipamento Trius para as novas unidades;								X					
Otimizar as ações já existentes de classificação de risco.									X				
Sensibilizar os profissionais										X			

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base neste estudo, conclui-se que o SUS vem ampliando as responsabilidades dos municípios para a garantia de acesso com qualidade ao Serviço da Atenção Primária à Saúde, por esta representar o pilar de toda a estrutura da saúde pública, além de ser a porta de entrada para os demais níveis de atenção e a integralidade. Ela não pode, de forma alguma, ser compreendida como “porta giratória” ou restrita, pelo contrário, as Unidades de Atenção Primária à Saúde devem se comprometer com o papel de ordenar a rede, facilitando o acesso e o caminhar do usuário pelas linhas de cuidados e deve ter o papel de coordenadora deste cuidado, garantindo o acolhimento, a referência e contra-referência, a classificação de risco, para que o usuário retorne à Unidade de Saúde mais próxima à sua residência ou local de trabalho, estabeleça vínculo com a equipe e, assim tenha os seus problemas e necessidades resolvidos em todos os níveis de atenção em saúde.

Baseando-se nesse dever da Atenção Primária à Saúde, um dos resultados pretendidos por este projeto de intervenção é a melhoria do acesso, garantida pelo município de Itanhomi por meio do fortalecimento de mecanismos que garantam a qualidade nos serviços prestados, tendo como consequente ganho, melhoria na atenção prestada à população. Além disso, a intervenção tem como objetivo a facilitação do acesso dos usuários aos serviços básicos e, também, aos outros níveis de complexidade, constituindo, deste modo, a efetiva implementação das Políticas Públicas de Saúde. Porém, estabelecer tais mecanismos pressupõe uma lógica de organização e funcionamento de serviços de saúde, partindo do princípio de que a Unidade de Saúde deve realizar o acolhimento, o atendimento e o encaminhamento, caso sejam necessários nível de atenção secundário ou terciário, de todos os usuários, de modo universal.

REFERÊNCIAS

BERNARDO, W. Diretrizes clínicas no sistema de saúde do Brasil. **Rev. Da Associação Médica Brasileira**, v.54, n.5, Set./Out. 2008. ISSN 0104-4230. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000500001>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

CAMPOS, C. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 5,(Sulp. 1), p.63-69, dez. 2005. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27842.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2013.

FRATINI, J.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saúde**, v. 7, n. 1, p. 065-072, Jan./Mar. 2008. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../4908/3211>>. Acesso em: 15 ago 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 07 nov. 2013.

LIMA et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na tenção básica à hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.9, Jan./Set, 2009. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900014>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

LIMA, W. **Implantação do acolhimento nas unidades de estratégia de saúde da família no município de Guapé-MG**: mudanças percebidas pelos profissionais atuantes. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2011, 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

MACHADO, L.; COLOMÉ, J.; BECK, C. Estratégia de Saúde da Família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de**

Enfermagem da UFSM, Jan./Abr. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/.../1509>>. Acesso em: 06 dez. 2013.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, oficinas 2 e 3, 93p.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, oficina 4, 94p.

MINAS GERAIS. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009, oficina 5, 56p.

RAMOS, D.; LIMA, M. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.1, Jan./Fev. 2003. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100004>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

SOUZA, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.100-110, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.