

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GESSICA RAMOS BARROSO DINIZ

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO: UM DESAFIO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DONA LILITA MORGAN, EM RIO ACIMA-
MG.**

RIO ACIMA / MINAS GERAIS

2017

GESSICA RAMOS BARROSO DINIZ

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO: UM DESAFIO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DONA LILITA MORGAN, EM RIO ACIMA-
MG.**

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.

Orientador: Prof. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira

RIO ACIMA / MINAS GERAIS

2017

GESSICA RAMOS BARROSO DINIZ

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO: UM DESAFIO NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DONA LILITA MORGAN, EM RIO ACIMA-
MG.**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira (Orientadora)

Examinador 2: Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha (Examinador)

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de agosto de 2017.

RESUMO

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais da Atenção Primária. Sua correta execução coopera para melhoria da qualidade da assistência e também para o alcance dos princípios de integralidade e longitudinalidade. A partir de diagnóstico situacional realizado na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG, levantamento do problema prioritário e revisão da literatura, foi elaborado um plano de intervenção no sentido de viabilizar uma melhor integração das informações em saúde dos pacientes em diversos níveis da rede de atenção - a coordenação do cuidado. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo planejamento estratégico situacional (PES) simplificado. Foram priorizadas as estratégias de sistematizar a referência e contra referência, organizar agenda de reuniões de equipe para melhor integração horizontal, implementar prontuário eletrônico compartilhado entre atenção primária e secundária, capacitar os profissionais envolvidos e implantar o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) como estratégia de apoio matricial.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Integralidade em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Coordination of care is one of the essential attributes of primary care. Its correct execution cooperates to improve the quality of care and also to reach the principles of integrality and longitudinality. Based on a situational diagnosis performed at UBS Dona Lilita Morgan in Rio Acima - MG, a selection of the priority problems and a review of the literature an intervention plan was prepared to enable a better integration of patient health information at different levels of the health system - the coordination of care. The method used in the action plan was recommended by simplified situational strategic planning. It was prioritized the strategies to systematize the reference and against-reference, organize team meetings agenda for better integration, implement electronic chart shared between primary and secondary care, train the professionals involved and implement the Family Health Support Center (NASF) as a support strategy.

Key words: Primary Health Care. Health Integrality. Family Health Strategy

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. JUSTIFICATIVA.....	10
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4. METODOLOGIA.....	13
5. REVISAO DE LITERATURA.....	14
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	21
6.1 Identificação dos problemas.....	21
6.2 Priorização dos problemas.....	22
6.3 Descrição e explicação dos problemas selecionados.....	23
6.4 Seleções dos “nós críticos” e desenho das operações (ações estratégicas)...	24
6.5 Elaboração do plano de ação.....	25
6.6 Gestão do Plano.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERENCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Rio Acima é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada pelo censo 2010 é de 9090 habitantes. Situa-se a 34 km de Belo Horizonte (BH), na região metropolitana. Possui diversas cachoeiras e nascentes e atrai alguns turistas da região para realização de ecoturismo. É a única cidade com 100% do território localizado dentro da Apa-Sul – área de proteção ambiental que comporta 14 municípios da região metropolitana de BH. A maioria da população economicamente ativa atua na área de comércio e prestação de serviços. Há muitas indústrias de mineração e metalurgia na região, que empregam parte da população (MINAS GERAIS, 2017).

Há cerca de 10 anos o município adotou a estratégia de saúde da família e atualmente conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com equipe única. A cidade conta também com pequeno complexo hospitalar/unidade mista de saúde – a Casa de Saúde Pedro Gianetti – que funciona como pronto-atendimento de média complexidade e centro de atendimento ambulatorial de especialidades.

A Atenção Primária (AP) é executada em Rio Acima pelas três Equipes de Saúde da Família (ESF) nos bairros Centro, Rosário e Jatobá. A atenção especializada é feita na Casa De Saúde Pedro Gianetti (consultas ambulatoriais em cardiologia, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, neurologia, cirurgia geral e otorrinolaringologia, além do serviço de saúde mental que conta com psicologia e psiquiatria). Além disso, a Casa de Saúde também presta o serviço de atenção à Urgência e Emergência (Complexo Hospitalar de Baixa e Média Complexidade/ Unidade Mista de Saúde). O apoio em propedêutica é realizado em Nova Lima através de laboratório de exames laboratoriais básicos e ultrassonografia, radiografias, tomografias e mamografias. Conta ainda, com assistência farmacêutica, vigilância em saúde e epidemiológica que funcionam na Casa De Saúde Pedro Gianetti.

O município mais próximo e que é referência para casos não resolvidos em Rio Acima é Nova Lima, que conta com uma policlínica que atende consultas ambulatoriais especializadas, internação hospitalar e CTI, exames complementares e radiológicos mais avançados e urgência e emergência. A capital do Estado, Belo Horizonte, recebe casos de trauma grave e casos que devam ser encaminhados para centros de referência do estado ou que necessitam de atendimento de nível terciário.

Segundo os dados de cadastramento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), a comunidade do bairro Jatobá abrange uma população de

aproximadamente 4100 habitantes, em sua maioria pessoas que vivem há muitos anos no bairro. Recentemente foram construídos conjuntos de prédios do programa “Minha casa, Minha vida”, o que aumentou de forma abrupta a população adscrita e mudou muito o perfil da população. A demanda na UBS aumentou muito, assim como problemas relacionados à violência e tráfico de drogas. Esses novos problemas aliados a uma falta de integração dos trabalhos da ESF e da assistência social culminam em ineficiência das ações de ambos devido ao trabalho fragmentado. Em relação a aspectos econômicos pode-se observar um grande número de desempregados e subempregados e muitos trabalhadores do comércio e de prestação de serviços.

A estrutura de saneamento básico não é ideal, sendo observadas áreas de acúmulo de lixo a céu aberto e esgoto não tratado. A maioria dos domicílios é de construções em alvenaria, mas nota-se grande falta de planejamento urbano e diversidade de moradias precárias junto a moradias de melhor qualidade. Existe uma população de zona rural importante, sendo a comunidade mais próxima – Cocho d’água – atendida em um turno da semana, porém outras comunidades mais longínquas ficam descobertas de assistência devido à falta de transporte e a alta demanda na UBS. Há uma escola e uma creche bem próximas a UBS, sendo alta a demanda por consultas de pediatria.

Na comunidade há equipe única trabalhando na UBS Dona Lilita Morgan e uma equipe de saúde bucal duas vezes/semana. A UBS Dona Lilita Morgan foi inaugurada em 2007 e está situada no alto do bairro Jatobá, com fácil acesso a partir do centro da cidade e de todo bairro.

A ESF do Jatobá apresenta uma boa distribuição da assistência a condições crônicas e agudas, a agenda está bem organizada no sentido de atender os pacientes em cuidado continuado e a demanda espontânea. Não há uma organização de reuniões periódicas da ESF, essa falta de discussão sobre os problemas e o planejamento de ações gera desgaste na equipe e perpetua problemas simples de serem resolvidos, simplesmente por falta de uma agenda de reuniões. A coordenação em saúde, por exemplo, simplesmente não funciona, não há contrarreferência por parte dos especialistas e nem comunicação efetiva entre as UBS e a Casa de Saúde, colocando os pacientes em risco de iatrogenia e expostos a uma pior qualidade de atenção.

A comunidade tem problemas de violência, tráfico de drogas e vulnerabilidade social importante, há um serviço de saúde mental com psicologia e psiquiatria, porém sem um foco de agir de forma eficiente no problema da dependência química. A falta de compreensão dos próprios profissionais sobre o papel de coordenação de fluxos e

contrafluxos prejudica o bom funcionamento da rede de atenção. A população é carente e a falta de recursos diminui a adesão terapêutica e a compreensão do plano de cuidados.

Vários problemas na gestão em saúde foram pontuados acima e o problema colocado como prioritário foi a dificuldade da ESF compreender o seu importante papel na coordenação em saúde, proporcionando uma assistência com foco em qualidade e cumprindo os princípios de integralidade e longitudinalidade. O objetivo desse trabalho foi desenvolver um plano de ação com a finalidade de melhorar a qualidade geral da coordenação da ESF Dona Lilita Morgan.

2 JUSTIFICATIVA

Uma das grandes responsabilidades da Atenção Primária é a coordenação da atenção, que visa orientar os fluxos e contrafluxos dos usuários entre os diversos níveis da rede de atenção e também responsabilizar-se pelos pacientes em todos os níveis de cuidado que estes possam necessitar. O compromisso com a integralidade e com a longitudinalidade do cuidado requer uma execução de coordenação de excelência (STARFIELD, 2002).

A equipe de saúde da família (ESF), na UBS Dona Lilita Morgan, muitas vezes não compreende e não se identifica como a grande articuladora da coordenação do cuidado, negligencia uma rotina de reuniões para alinhamento de ações dos profissionais envolvidos e acaba contribuindo para uma assistência fragmentada e de má qualidade.

O repasse ao médico de grande parte das demandas apresentadas pelos pacientes contribui para a perpetuação da cultura institucional e a falta de integração horizontal. Não há uma agenda de reuniões de equipe e os problemas se multiplicam sem discussão ou proposta de solução. As reuniões são feitas entre o enfermeiro e a equipe do secretário de saúde e não envolvem a equipe como um todo.

Outro entrave são os recursos, como por exemplo, a falta de disponibilidade de medicamentos na farmácia municipal, que acaba provocando a redução da adesão dos pacientes mais carentes e; a ausência de integração das informações dos pacientes por meio de prontuário eletrônico compartilhado. Num município com 3 equipes de saúde da família e uma Unidade Mista, que oferece atendimento ambulatorial especializado e pronto-atendimento, o acesso a informação do plano de cuidados dos pacientes, ajustes terapêuticos, propedêutica específica solicitada, complicações agudas de quadros crônicos, entre outros são de extrema importância para a assistência integral, longitudinal e bem coordenada dos usuários.

A marcação de consultas médicas é a ação mais frequente advinda do acolhimento e com pouca demanda para agendamento com profissional de enfermagem, um problema real na UBS Dona Lilita Morgan. Estudos apontam que o profissional de enfermagem muitas vezes é absorvido por atividades burocráticas e gerenciais, o que compromete seu envolvimento em ações assistenciais e reduz a capacidade da ESF em resolver demandas clínicas ou investir em atividades de educação em saúde (ALMEIDA et al., 2016).

O apoio matricial é uma importante estratégia para aumentar resolutividade, qualidade e continuidade do cuidado quando faz parte do cotidiano das equipes (BRASIL, 2009). No município de Rio Acima não há Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o que é uma barreira à coordenação do cuidado, uma vez que limita a abordagem multidisciplinar das diversas demandas dos usuários.

Além disso, faz-se necessário melhorar a comunicação entre os médicos de saúde da família e os especialistas. A referência entre médicos da Atenção Primária e especialistas aumenta a satisfação dos primeiros com a atenção especializada e melhoram os resultados obtidos com o encaminhamento. Os resultados do estudo de Almeida et al. (2016) mostraram que é prática pouco frequente o contato entre médicos da AP e especialistas e menos habitual ainda o processo inverso.

Assim, conforme exposto acima e destacados os desafios para implementação de uma coordenação de excelência na UBS Dona Lilita Morgan tem-se as motivações e bases teóricas para a realização de um projeto de intervenção no sentido de melhorar a coordenação do cuidado na Atenção Primária do município de Rio Acima - MG. Esse trabalho se justifica por apresentar as dificuldades da ESF em realizar seu papel de coordenação, sugerindo algumas soluções para que essa atribuição da Atenção Primária seja realizada de forma mais efetiva.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção propondo medidas de fortalecimento da coordenação do cuidado na ESF da UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima – MG.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar revisão de literatura sobre o tema;
- Elaborar formulários padrão para referência e contrarreferência dos pacientes, com campos de fácil preenchimento de informações essenciais;
- Criar sistema de prontuário eletrônico na UBS e Unidade Mista e, capacitação dos profissionais de saúde para sua correta alimentação na rotina de assistência;
- Oferecer capacitação no sentido de criar um entendimento e identidade da ESF sobre seu papel de coordenação do cuidado e melhorar a integração horizontal, visando a incorporar o uso rotineiro de padronização de condutas de condições clínicas prevalentes;
- Implementação do NASF como estratégia de apoio matricial.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicas e bibliotecas virtuais tais como Scielo, LILACS e PubMed. A busca foi realizada por meio das palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família e Integralidade em Saúde, sendo que esses estudos foram utilizados para a discussão deste trabalho.

A partir do diagnóstico situacional realizado em Outubro de 2016, levantamento do problema prioritário e revisão da literatura foi elaborado um plano de intervenção no sentido de viabilizar uma melhor integração das informações em saúde dos pacientes em diversos níveis da rede de atenção – coordenação. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo planejamento estratégico situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

A integralidade constitui um dos princípios doutrinários da construção do SUS, formalizada pela Constituição Federal de 1988, e pressupõe um compromisso com promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde, reorientando a abordagem com ênfase curativa do passado. Além disso, é um princípio que norteia a responsabilidade em prover assistência nos diversos níveis de densidade tecnológica que o indivíduo possa demandar, ou seja, acesso aos diversos níveis da Rede de Atenção à Saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Outro ponto importante que a integralidade remete ao foco em um atendimento humanizado, que considere o indivíduo como um todo – “seu sofrimento, suas expectativas, suas crenças...” - e que pode ser colocado em prática através do método clínico centrado na pessoa (STEWART et al., 2010).

O Ministério da Saúde (MS) lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca disseminar e colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. O "acolhimento" é uma das suas diretrizes e relaciona-se ao cuidado integral ao "oferecer uma escuta qualificada às necessidades do usuário, garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde" (BRASIL, 2013).

Segundo Starfield (2002) a longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e seus pacientes em suas unidades de saúde. A compreensão dos vários momentos do ciclo de vida, seus pontos altos e baixos, além da criação de vínculo da ESF com a população permitem uma assistência mais assertiva, evitando encaminhamentos e procedimentos invasivos desnecessários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) traz em seu documento oficial de forma detalhada como sendo um dos fundamentos e diretrizes da Atenção Primária ou Básica:

Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional,

interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica. (BRASIL, 2012; p.21-22)

Dada a importância da coordenação como atributo essencial da atenção primária, e sua interdependência para o sucesso de outros princípios fundamentais à sua execução é mandatório o estudo de estratégias para consolidar essa prática na rotina de atuação das ESF. Algumas intervenções pró-coordenação já têm sido estudadas e muitas estratégias colocadas em prática em alguns municípios. Um estudo descritivo realizado no Rio de Janeiro em 2012 analisou a coordenação do cuidado por meio de dados do Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e do Acesso a Atenção Básica (PMAQ-AB). Foram aplicados questionários a 1313 usuários e 324 ESF e avaliaram-se questões como organização da porta de entrada, resolutividade, continuidade do cuidado, integração horizontal, organização dos fluxos/acesso à rede de referência e comunicação entre profissionais (ALMEIDA et al., 2016).

Conforme os resultados discutidos, em relação à porta de entrada, ainda há insatisfação dos usuários com percentual expressivo fazendo referência a não conseguir agendar atendimento para o mesmo dia, o que contrasta com a visão dos profissionais das ESF entrevistados, mostrando ainda que se deve avançar no manejo do acesso e no fortalecimento da atenção primária como porta de entrada. Outro achado em relação à resolutividade foi a marcação de consultas médicas, como a ação mais frequente a partir do acolhimento, e a quase inexistência de agendamentos para profissional de enfermagem, indicando um papel mais ativo desse profissional nas tarefas de demanda programada e questões administrativas, reduzindo a capacidade da ESF como um todo de resolver demandas clínicas individuais e na criação de vínculo. O apoio matricial como estratégia para melhoria da resolutividade, qualidade e continuidade do cuidado

parece institucionalizado pela gestão municipal e contribui para a troca sistemática de conhecimentos entre profissionais de diferentes áreas com consequente melhoria da qualidade assistencial (ALMEIDA et al, 2016).

Ainda no estudo de Almeida et al. (2016), uma importante barreira à coordenação foi a baixa disponibilidade de prontuários eletrônicos compartilhados, uma vez que a contra referência, por meio dos formulários de papel, era bastante insuficiente. O estabelecimento de acordos entre profissionais da atenção primária e especialistas com definição de responsabilidades e propostas de cuidados constitui importante medida pró-coordenação, aumentando a percepção de continuidade do cuidado pelo usuário e a adesão ao tratamento. Esse tipo de diagnóstico no caso é extremamente importante para mapear os pontos cruciais de enfrentamento dos elementos da fragmentação do cuidado.

Diante desse cenário é importante introduzir o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma estratégia de cuidado integral e direcionado às necessidades da população, que se constituem em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com a PNAB, o Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”. Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, dentre elas (1) Ser de base; (2) Ser resolutiva; (3) Coordenar o cuidado; e (4) Ordenar as redes. Dentre estas funções cabe ressaltar neste estudo a terceira:

(...) III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as

outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos sentinela e incidentes críticos, entre outros. (...) (BRASIL, 2012; p.25-26).

Segundo Ferro et al. (2014) para se alcançar resultados efetivos em saúde, os diferentes atores sociais engajados nesse objetivo devem se comunicar, dentro e fora de seu setor, criando uma “rede de proteção aos usuários”. A articulação entre os serviços, estruturada pela proximidade entre seus diversos profissionais, ações e projetos, tem a capacidade de criar uma rede de interdependência e corresponsabilização com o objetivo de garantir a assistência integral ao indivíduo. A partir desse princípio surgem os conceitos de interdisciplinaridade e intersetorialidade, que vão ao encontro da concepção ampliada de saúde, que considera como seus determinantes não só fatores biológicos, mas a alimentação, moradia, condições de trabalho, acesso a bens essenciais, educação, saneamento básico, dentre outros.

Assim, promover a integração dos diversos saberes e aplicá-los de forma individualizada às demandas do paciente é praticar a interdisciplinaridade, como exemplo o trabalho conjunto da Equipe de Saúde Da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Para além da interdisciplinaridade, surge a intersetorialidade, em que se preza pela convocação de ações conjuntas da saúde, educação, trabalho, assistência social, entre outros, para fortalecer as ações em saúde, uma vez que é preciso o alinhamento de setores diferentes da vida comum para o enfrentamento efetivo dos determinantes do processo saúde-doença (FERRO et al., 2014).

Ainda no estudo de Ferro et al. (2014), por meio de uma pesquisa exploratória de cunho qualitativo, foram entrevistados 12 profissionais da ESF e NASF no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012 e os dados foram analisados com base no método hermenêutico dialético. Tem-se como discussão que os profissionais assumem a importância da necessidade de um trabalho com foco interdisciplinar e intersetorial, mas ainda não há o amadurecimento dessa ideia uma vez que os profissionais descrevem esses conceitos restringindo-os aos encaminhamentos entre os serviços, sem a

convicção de que a otimização desses princípios na organização do trabalho, transcende o encaminhamento em si, e requer espaço e tempo estruturados para a realização de ações conjuntas, discussão de casos, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e compartilhamento sistemático de ações, desafios e desfechos.

O conceito de Projeto Terapêutico Singular faz parte da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) e se caracteriza por “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. Essa proposta está alinhada ao conceito ampliado de saúde que passou a incorporar as dimensões socioculturais envolvidas no processo saúde-doença e não apenas a dimensão biológica e individual, e também ao método clínico centrado na pessoa, dessa forma, devem ser observados os seguintes momentos em sua elaboração: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2008).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser uma ação que responda às demandas objetivas e subjetivas do usuário, de forma a promover autonomia em seu processo de cuidado e, objetiva também, além da melhora dos sintomas, na ampliação da rede social e no aumento de espaços de contratualidade, com a finalidade de modificar o curso do adoecimento, podendo ser uma estratégia para fortalecimento da interdisciplinaridade e intersetorialidade (SILVA et al., 2013).

Ainda segundo Silva et al.(2013), a estratégia do PTS é inovadora no sentido de ampliar as potencialidades do trabalho já existente na ESF, gerando melhora na relação entre a tríade: profissionais de saúde, usuários e gestão.

Esse resultado comunica com o conceito de Clínica Ampliada (CA), proposto também pela PNH, que pressupõe “ter um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores (...)” (BRASIL, 2008).

Para a estruturação desse modelo, a reunião de equipe deve ser a base de organização de serviço e processo de trabalho, os profissionais envolvidos devem apropriar-se com clareza sobre os papéis que desempenham na equipe e junto aos usuários sob seus cuidados. Assim, os espaços de discussão de casos, o apoio matricial, a interlocução da equipe com outros serviços envolvidos no cuidado, as reavaliações sistemáticas das ações e desafios e a horizontalização do conhecimento são

fundamentais para concretização desse modelo de atenção proposto (SILVA et al., 2013).

No estudo recente de Aleluia et al. (2017), foi realizada uma avaliação da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde (APS) em um sistema de saúde local do Estado da Bahia. Trata-se de um estudo de caso em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde da ESF, gestores da APS e outras fontes documentais. Foram analisados critérios como planejamento da assistência individual, padronização de condutas, referenciamento, comunicação e acompanhamento de usuários, todos eles detalhados em subitens que foram questionados sobre o real funcionamento ou não nas equipes conforme a visão dos profissionais de saúde e dos gestores.

Entre os subitens questionados, Aleluia et al. (2017) destacam a presença de construção de planos terapêuticos compartilhados entre os profissionais da equipe, planejamento da assistência conforme estratificação de risco (no caso de doenças crônicas, por exemplo, como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), existência e utilização de protocolos e diretrizes de assistência, existência de instrumentos para referenciar e contrarreferenciar usuários, existência de tecnologias telecomunicativas para troca de informações, existência de discussão de casos regular entre a própria equipe e entre a APS e outros níveis de atenção, entre outros. Na discussão do estudo, evidenciou-se a importância da sumarização de critérios práticos que estimassem de forma mais concreta o alcance da coordenação na Rede de Atenção à Saúde e a partir dessa metodologia foi possível observar os principais obstáculos à execução desse importante princípio da Atenção Primária.

As dificuldades encontradas estavam presentes desde a organização do processo de trabalho das ESF até a escassez de oferta de serviços de maior complexidade pelo município. Os entraves de maior destaque foram aqueles relacionados à definição de diretrizes da assistência, e ao referenciamento e comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção. A ausência de incorporação de padronização de condutas na rotina assistencial interfere na continuidade do seguimento do plano de cuidados, no uso racional de recursos, na falta de motivação em buscar melhor competência técnica por parte dos profissionais e em oferecer educação continuada/capacitação por parte da gestão. A ausência de padronização também está relacionada à demanda reprimida de exames complementares e consultas especializadas, uma vez que os protocolos garantiriam referenciamento oportuno e mais responsável (ALELUIA et al., 2017).

Um achado importante no estudo de Aleluia et al. (2017) foi a unanimidade sobre a ausência de contrarreferência por parte dos profissionais da atenção secundária e terciária, principalmente. Um fator limitante importante à execução da coordenação é a ausência de tecnologias de informação que integrem os dados gerados pelos serviços de saúde. Essa é uma das causas de precária comunicação interprofissional o que compromete muito a integralidade da atenção. Além desses benefícios de melhoria do compartilhamento de informações de saúde, consultas, exames realizados, procedimentos indicados, número de visitas ao Pronto-Atendimento, entre outros, a informatização pode atrelar dados de gerenciamento de filas de consultas, exames e procedimentos mais complexos, deixando esses dados de fácil acesso ao médico assistente que pode então tomar as condutas necessárias para conduzir os casos da forma mais humanizada possível, indo ao encontro das demandas do paciente de forma integral e longitudinal.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após o diagnóstico situacional realizado na área de abrangência da ESF Dona Lilita Morgan e das particularidades do próprio funcionamento, se identificou vários problemas, o que permitiu o desenvolvimento de uma proposta de intervenção.

6.1 Identificação dos problemas

Foram coletados dados sobre a rede municipal de serviços de saúde, a estrutura e o funcionamento da UBS Dona Lilita Morgan, o perfil epidemiológico da população e características do território de abrangência. Diante da análise dos dados foi possível construir a seguinte lista de problemas:

a) Quanto à rede municipal de serviços de saúde:

- Má integração entre assistência a nível primário e secundário;
- Comunicação precária entre os prestadores de serviço da Farmácia Municipal e do Laboratório Municipal junto à ESF sobre os medicamentos e exames complementares disponíveis, horários de funcionamento e burocracia requerida para obtenção dos serviços, causando transtornos aos profissionais de saúde e usuários;
- Ausência de prontuário compartilhado dos pacientes acompanhados por especialistas ou atendidos no pronto-atendimento da Unidade Mista e as Unidades Básicas de Saúde, pacientes internados por pequenos períodos na Casa de Saúde Pedro Gianetti retornam aos cuidados da ESF sem relatório de alta;
- Serviço de Saúde Mental pouco preparado para conduzir os casos de dependência química;
- Falta de acesso ou demora no acesso a algumas especialidades com alta demanda como Oftalmologia e Cirurgia Geral.

b) Quanto à estrutura e funcionamento da UBS Dona Lilita Morgan:

- Ausência de agenda de reunião de equipe para alinhamento de ações, avaliação de resultados e solução de problemas cotidianos;
- Falta de compreensão sobre o papel de coordenação como atributo da atenção primária;
- Sobrecarga do enfermeiro com atribuições administrativas comprometendo a assistência integral de qualidade ao usuário;
- Desorganização do processo de trabalho;

- Ausência de uso rotineiro de protocolos e diretrizes de assistência;
- Estrutura física em mau estado de conservação, em necessidade de reforma;
- Necessidade de melhor segurança na UBS, devido a casos de furtos;
- Cobertura insuficiente da zona rural.

c) Quanto ao perfil da população e do território de abrangência:

- Mudança recente do perfil populacional e epidemiológico com predomínio da faixa etária de 20-49 anos e aumento dos casos de violência, adicção e gravidez na adolescência;
- Áreas de esgoto a céu aberto e acúmulo de lixo a céu aberto;
- Problemas de violência e tráfico de drogas.

6.2 Priorização dos problemas

Dentre os problemas supracitados a deficiência na condução da coordenação da atenção foi o escolhido como prioritário dado à importância desse atributo da atenção primária para uma elevada qualidade assistencial.

No âmbito da “má execução da coordenação” os principais entraves foram: ausência de formulário próprio para referência e contra referência, comunicação precária entre especialistas e médicos da atenção primária, ausência de reunião de equipe para integração horizontal, má integração das informações dos prontuários de pacientes atendidos na UBS e na Unidade Mista de Saúde e falta de apoio matricial para casos mais complexos que demandem cuidados multidisciplinares.

Foi avaliada também a capacidade de enfrentamento, visto que pequenas intervenções no processo de trabalho, na capacitação dos profissionais e nas rotinas assistenciais poderiam trazer grande impacto para a resolutividade, para a melhoria do cuidado integral, para o processo de trabalho dos profissionais de saúde e finalmente para a percepção dos usuários quanto à qualidade da assistência.

Destaco alguns pontos de discussão que me ajudaram a definir as intervenções de maior impacto no enfrentamento da fragmentação do cuidado dentro da realidade do município de Rio Acima. São eles: o fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada, o apoio matricial como estratégia para aumentar a resolubilidade, o uso de prontuários eletrônicos compartilhados, reuniões semanais de equipe para integração horizontal e a melhoria da comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada.

6.3 Descrição e explicação dos problemas selecionados

Sem um formulário de fácil preenchimento para a referência e contra referência dos pacientes, muitos profissionais - seja pelo tempo escasso ou desinteresse - não justificam os encaminhamentos, não informam ao colega as medicações em uso ou ajustes realizados, os exames já solicitados e a proposta de cuidados, o que dificulta muito o seguimento longitudinal do paciente, a prestação de um cuidado integral e acaba por predispor à iatrogenia e aumento de custos, às vezes solicitando exames repetidos ou associando medicações com interações deletérias, por exemplo. Além de, claro, deixar o usuário com a percepção de que o cuidado de sua saúde está fragmentado, deixando-o mais confuso e menos propenso a aderir às orientações médicas.

A reunião periódica da ESF é algo simples, essencial e que na sua ausência muitos problemas podem passar despercebidos, assim como suas soluções. Sem uma análise do processo de trabalho, avaliação de demandas e resultados, e integração motivada da equipe perde-se muito em resolutividade, em troca de ideias e informações, em engajamento e fluidez das ações e também na clareza dos objetivos do trabalho em equipe.

O compartilhamento dos dados por meio de prontuário eletrônico é algo que já tem sido implantado e que facilita muito o cotidiano do profissional e traz mais segurança ao paciente ao fornecer uma história mais detalhada e cronológica sobre o acompanhamento de saúde seja em nível primário ou secundário. No caso de Rio Acima, uma cidade com menos de 10000 habitantes, 3 ESF e 1 Unidade Mista que oferece serviços de pronto-atendimento e algumas especialidades ambulatoriais, seria muito útil para o médico de atenção primária saber se o paciente tem procurado com frequência o serviço de urgência para descompensações de doença crônica, por exemplo, ou os exames especializados que o cardiologista solicitou e as medicações que foram ajustadas. O fácil acesso a essas informações proporcionaria uma melhor base de dados para uma tomada de decisão mais consciente, menos tendenciosa a solicitação desnecessária de exames e com menos risco ao paciente.

Para que todas as estratégias de melhoria da execução da coordenação do cuidado sejam otimizadas, a ESF, os médicos especialistas, os usuários e a secretaria municipal de saúde precisam compreender seu papel na Rede de Atenção à Saúde e principalmente os profissionais de atenção primária entenderem sua responsabilização sobre os pacientes em todos níveis de atenção que esses possam necessitar. Para isso, a

capacitação da equipe de saúde da família deve ser priorizada, como sendo a grande articuladora da coordenação do cuidado. Além disso, é importante deixar disponíveis protocolos de atendimento das condições agudas e crônicas mais comuns, a fim de facilitar a visualização do fluxo de pacientes, identificar as demandas conforme complexidade e ter respaldo para a realização de referência responsável.

A ausência do apoio matricial por uma equipe de NASF deixa muito a desejar na assistência integral da população. Numa cidade com 3 ESF, o apoio do NASF ajudaria muito na assistência multidisciplinar dos usuários. A população apresenta muitos casos de obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus e dor osteomuscular crônica, sendo bem propícia, por exemplo, a atuação conjunta de profissionais de nutrição e educação física para melhor seguimento desses casos, melhorando os desfechos.

6.4 Seleções dos “nós críticos” e desenho das operações (ações estratégicas)

Os nós críticos para a realização da proposta de intervenção são principalmente relacionados a recursos financeiros e ao engajamento dos profissionais envolvidos.

Quadro 1: Ações estratégicas e nós críticos selecionados para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação Estratégica	Nós Críticos
Formulários Padrão de Referência e Contra Referência	-Engajamento dos profissionais especialistas para preenchimento adequado; -Financiamento da impressão.
Integração Horizontal – Reuniões de Equipe	- Engajamento da ESF; - Reorganização da agenda dos profissionais; -Elaboração das pautas com flexibilidade para questões prioritárias.
Prontuário Eletrônico Compartilhado	- Financiamento da elaboração do software, compra de computadores e serviço de manutenção da estrutura; - Capacitação dos profissionais.
Capacitação da ESF quanto ao atributo da Coordenação	- Engajamento da ESF; - Padronização de condutas de condições clínicas prevalentes; -Abandonar vícios de encaminhamentos e pedidos de exames desnecessários.
Implementação do NASF	- Contratação de profissionais capacitados; -Diagnóstico das principais demandas do município; - Estrutura física para as atividades do NASF nas UBS.

Fonte: própria autora, 2017.

6.5 Elaboração do plano de ação

Quadro 2: Ações estratégicas, resultados e produtos esperados, e recursos necessários para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Formulários Padrão de Referência e Contra Referência	-Acesso facilitado a dados essenciais do paciente; -Melhor comunicação entre especialista e médico da atenção primária.	-Redução de iatrogenia; - Redução de custos; - Melhor percepção do usuário quanto à qualidade assistencial; -Base de dados confiável para elaboração de plano de cuidados integral.	Recursos humanos: médicos especialistas, enfermeiros da AP, ACS, representantes da SMS, equipe de design gráfico. Recursos materiais: papel e recursos para impressão e distribuição.
Integração Horizontal – Reuniões de Equipe	-Avaliação sistemática de demandas, ações e resultados; -Melhor comunicação entre os profissionais da ESF.	-Aumento da resolutividade; -Interrupção de ciclos viciosos no processo de trabalho.	Recursos humanos: todos componentes das ESF nas UBS. Recursos materiais: sala de reunião confortável, lanche simples para os funcionários, bloco de notas para anotações.
Prontuário Eletrônico Compartilhado	-Facilitação da rotina assistencial; -Acesso rápido e em ordem cronológica dos dados dos usuários.	-Aumento da resolutividade; -Redução de iatrogenia; -Base de dados confiável para elaboração de plano de cuidados integral.	Recursos humanos: técnicos em informática, ESF explicando as demandas, analistas de sistemas operacionais, representantes da SMS. Recursos materiais: material permanente - computadores e impressoras / material de consumo - acesso à internet e manutenção dos equipamentos.

			Serviços de terceiros: técnicos em informática e designers de softwares.
Capacitação da ESF quanto ao atributo da Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão sobre a importância da articulação da coordenação; - Elaboração de estratégias para realizar a coordenação do cuidado na realidade de Rio Acima; - Elaboração de protocolos clínicos para padronização de condutas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilização pelos usuários em todos os níveis de complexidade da atenção; - Redução de custos; - Aumento da qualidade assistencial. 	<p>Recursos humanos: ESF, SMS, Profissionais de Medicina de Família e Comunidade</p> <p>Recursos materiais: material didático e transporte para as visitas.</p> <p>Serviços de terceiros: palestras sobre Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade</p>
Implementação do NASF	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio matricial multidisciplinar; - Discussão de casos a nível multidisciplinar e proposta de cuidados multiprofissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora da qualidade da assistência integral; - Aumento da adesão dos usuários a mudanças de estilo de vida e medidas de promoção de saúde; - Melhoria da qualidade de ações de educação em saúde. 	<p>Recursos humanos: ESF, SMS, profissionais de saúde variados</p> <p>Recursos materiais: consultórios para atendimentos, sala de reuniões, espaço para ações educativas.</p>

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 3: Ações estratégicas, responsáveis e prazo estimado para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação Estratégica	Responsáveis	Prazo Estimado
Elaboração de Formulário Padrão para Referência e Contra-Referência	Equipe de Saúde da Família (ESF), Médicos Especialistas, SMS, Equipe de Revisão e Impressão.	1 mês - Reunião com equipes de saúde da família, médicos especialistas da Unidade Mista e representante da SMS para definição dos campos de preenchimento obrigatório e das rotinas de comunicação entre atenção primária e secundária/ Envio do projeto para Equipe de Revisão e Impressão / Distribuição nas unidades de saúde
Integração Horizontal	ESF	1 mês - viabilizar uma agenda de reuniões de equipe semanais/ elaborar índice de pautas

		prioritárias/ articular soluções internas e externas
Prontuário Eletrônico Compartilhado	ESF, SMS	6 meses a 12 meses - Apresentar projeto de integração de dados dos usuários das UBS e Unidade Mista/ Consultoria em Tecnologia de Informação para análise de viabilidade/ Captação de recursos para implantação / Desenvolvimento do Sistema de Prontuário Eletrônico/Capacitação dos profissionais para correta alimentação do sistema na rotina assistencial
Capacitação da ESF	ESF, SMS, Profissionais de Medicina de Família e Comunidade.	6 meses - Organizar cronograma mensal de palestras e visitas a UBS com objetivo de internalizar os conceitos dos atributos da Atenção Primária e aprender técnicas e princípios organizacionais para executá-los com excelência. Adotar protocolos já disponíveis pelo Ministério da Saúde para condições clínicas prevalentes na Atenção Básica.
Implementação do NASF	ESF, SMS, profissionais de saúde variados.	6 meses - Contratação dos profissionais e organização do processo de trabalho entre as 3 ESF

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 4: Ações estratégicas, recursos e financiamento para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação Estratégica	Recursos	Financiamento
Elaboração de Formulário Padrão para Referência e Contra-Referência	Recursos humanos: médicos especialistas, enfermeiros da APS, ACS, representantes da SMS, equipe de design gráfico. Recursos materiais: papel e recursos para impressão e distribuição.	Prefeitura Municipal de Rio Acima
Integração Horizontal	Recursos humanos: todos componentes das ESF nas UBS. Recursos materiais: sala de reunião confortável, lanche simples para os funcionários, bloco de notas para anotações.	Prefeitura Municipal de Rio Acima
Prontuário Eletrônico Compartilhado	Recursos humanos: técnicos em informática, ESF explicando as demandas, analistas de sistemas operacionais, representantes da SMS. Recursos materiais: material	Prefeitura Municipal de Rio Acima, Doações.

	permanente - computadores e impressoras / material de consumo - acesso à internet e manutenção dos equipamentos. Serviços de terceiros: técnicos em informática e designers de softwares.	
Capacitação da ESF	Recursos humanos: ESF, SMS, Profissionais de Medicina de Família e Comunidade. Recursos materiais: material didático e transporte para as visitas. Serviços de terceiros: palestras sobre Atenção Primária e Medicina de Família e Comunidade	Prefeitura Municipal de Rio Acima
Implementação do NASF	Recursos humanos: ESF, SMS, profissionais de saúde variados. Recursos materiais: consultórios para atendimentos, sala de reuniões, espaço para ações educativas.	Prefeitura Municipal de Rio Acima - PAB variável

Fonte: própria autora, 2017.

6.6 Gestão do Plano

A gestão do plano permitirá discutir e definir como será o acompanhamento do plano, coordenando e acompanhando a execução das propostas estratégicas, para efetuar correções, caso necessário, e garantir o uso eficiente dos recursos.

Quadro 5: Gestão da ação estratégica “Elaboração de Formulário Padrão para Referência e Contra- Referência” para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica: “Elaboração de Formulário Padrão para Referência e Contra- Referência”					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Definição dos campos de preenchimento obrigatório	Médicos especialistas e da atenção primária	2 semanas	Pendente	Incompatibilidade de agendas	A definir
Revisão e	SMS	1	Pendente	Depende da	A

Impressão		semana		definição dos campos do formulário	definir
Distribuição nas UBS e Unidade Mista	SMS	1 semana	Pendente	Depende dos passos anteriores	A definir

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 6: Gestão da ação estratégica “Prontuário Eletrônico Compartilhado” para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica: Prontuário Eletrônico Compartilhado					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Apresentar projeto de integração de dados dos usuários das UBS e Unidade Mista	ESF e SMS	1 mês	Pendente	Nova gestão em período de adaptação	A definir
Consultoria em Tecnologia de Informação para análise de viabilidade	Profissionais de Tecnologia em Informação	2 meses	Pendente	Depende dos passos anteriores	A definir
Captação de recursos para implantação	SMS	2 meses	Pendente	Depende dos passos anteriores	A definir
Desenvolvimento do Sistema de Prontuário Eletrônico	Profissionais de Tecnologia em Informação	2 meses	Pendente	Depende dos passos anteriores	A definir
Capacitação dos profissionais para correta alimentação do sistema na rotina assistencial	Profissionais de Tecnologia em Informação e SMS	1 mês	Pendente	Depende dos passos anteriores	A definir

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 7: Gestão da ação estratégica “Integração Horizontal” para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica: “Integração Horizontal”					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Agenda de reuniões de equipe	ESF	1 mês	Definida a periodicidade quinzenal		
Definição das pautas prioritárias	ESF	1 semana	A definir	Mudanças na composição da ESF devido a processo seletivo e mudança de gestão municipal.	A definir
Articulação de soluções internas e externas	ESF	Ao longo das reuniões	Pendente	Depende das pautas das reuniões e das negociações com a SMS	A definir

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 8: Gestão da ação estratégica “Capacitação da ESF” para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica: “Capacitação da ESF”					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Cronograma de palestras sobre atributos da AP	SMS e ESF	2 meses	Estabelecimento de contato com profissionais capacitados e alinhamento de agendas		
Visitas	SMS e ESF,	2	Pendente	Depende do	A

guiadas para conhecimento de estratégias de coordenação na AP	UBS referências, profissionais atuando em programas de residência em MFC	meses		contato com profissionais envolvidos na área	definir
Adoção de protocolos clínicos	ESF e Gestão SMS	4 meses	Pendente	Disponibilidade da gestão em definir prioridades e oferecer capacitação.	A definir.

Fonte: própria autora, 2017.

Quadro 9: Gestão da ação estratégica “Implementação do NASF” para a proposta de intervenção na UBS Dona Lilita Morgan em Rio Acima - MG.

Ação estratégica: “Implementação do NASF”					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Contratação dos profissionais de maior demanda	SMS	2 meses	Em andamento		
Organização do processo de trabalho e carga horário entre as ESF	SMS, profissionais do NASF e ESF	1 mês	Aguardando definição dos profissionais do NASF		

Fonte: própria autora, 2017.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho reforçou a importância de fortalecer o atributo de coordenação pela Atenção Primária à Saúde levando em consideração os problemas enfrentados nesse âmbito em minha experiência como médica na Unidade Básica de Saúde Dona Lilita Morgan, em Rio Acima - MG.

A revisão de literatura foi extremamente útil para a compreensão da dimensão do impacto que a má execução da coordenação do cuidado pode trazer para a qualidade da assistência à saúde, destaca-se a fragmentação do cuidado, percepção de má assistência por parte dos usuários, menor adesão terapêutica, aumento de iatrogenia e aumento de custos em saúde pelo excesso de exames, consultas especializadas e procedimentos mal indicados, comprometimento da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, insatisfação dos profissionais e desmotivação por não ter informação de qualidade sobre o plano de cuidados dos pacientes, enfraquecimento da Atenção Primária como porta de entrada do sistema de saúde, entre outros.

Outro aspecto importante estudado foi a identificação das dificuldades e entraves à coordenação em diferentes serviços de saúde e municípios de perfis variados, o que facilitou a identificação dos pontos de fragilidade na organização da APS como responsável pela coordenação e conseqüentemente os pontos em que as intervenções teriam maior potencial de geração de mudanças positivas.

Dada a relevância do tema, foram propostas algumas intervenções que poderiam atuar de forma a viabilizar uma melhor coordenação do cuidado, sendo elas: a elaboração de formulários padrão de referência e contrarreferência; a melhoria da integração horizontal; a implementação de prontuário eletrônico compartilhado; a capacitação da ESF; adoção de protocolos clínicos e, finalmente, a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Em relação à viabilidade das ações propostas há muitas medidas simples, que já deveriam estar em pleno funcionamento e que até o momento não faziam parte da rotina assistencial da ESF, como por exemplo, o uso de formulários padrão para encaminhamento e informações de consultas especializadas, a organização da reunião de equipe e a capacitação profissional com ampla divulgação e aplicação rotineira de protocolos clínicos. Essas ações tem um grande potencial, principalmente na melhoria da integração horizontal, fortalecimento da identidade da equipe e também na melhoria da comunicação entre atenção primária e secundária até a implantação do prontuário eletrônico compartilhado. Esta última sendo a intervenção menos plausível no momento

devido ao alto custo financeiro e o envolvimento de muitos profissionais e conflitos de interesse. Em relação a atuação do NASF já há no município a proposta de implementação, mas está em atraso devido ao processo de mudança de gestão 2016/2017. Inclusive, muitas das medidas simples propostas estão pendentes devido a ajustes e adaptação da nova gestão.

Dessa forma, pode-se considerar significativo o processo de implantação do NASF, já encaminhado pelo município, que traria muito benefício na condução multiprofissional de casos extremamente prevalentes na comunidade, como obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disso, as reuniões periódicas de equipe seriam de grande importância para o alinhamento de condutas, discussão de casos complexos, organização do processo de trabalho e engajamento geral da ESF.

A discussão acima apresentada cumpriu o objetivo de chamar a atenção para os problemas relacionados à má execução da coordenação e suas consequências, além de apresentar propostas de intervenção que podem ser implementadas em diversos contextos que necessitem melhorar a coordenação do cuidado com um todo. É importante frisar que se faz necessário a ampliação de estudos nessa área, aprofundamento das discussões e aumento do leque de soluções para o fortalecimento da Atenção Primária e todos seus atributos essenciais.

REFERÊNCIAS

ALELUIA, I.R.S. et al . Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1845-1856, Jun 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601845&lng=en&nrm=iso>. DOI: 10.1590/1413-81232017226.02042017 Acesso em Abril/2017.

ALMEIDA, P.F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 373-398, Ago. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso>. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00064. Acesso em Abril/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:< [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em Abril/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n.27). Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em Maio/2017.

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 Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em Abril/2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 1º edição, Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2013. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhet_o.pdf>. Acesso em Maio/2017.

CAMPOS F., C., C.; FARIA, H., P.; SANTOS, M., A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em Junho/2017.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo – 2014; 38(2): p.129-138.
DOI:10.15343/01047809.20143802129138

MINAS GERAIS. Prefeitura Municipal de Rio Acima. Disponível em:
<<http://www.prefeiturarioacima.mg.gov.br/pagina/4569/História%20Acesso%20em%2002/04/17>>. Acesso em 02/04/17.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. DOI: 10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em Junho/2017.

SILVA, E. P. et al. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Rev Bras de Ciências da Saúde**, vol. 17, n.2, p 197-202, 2013. DOI:10.4034/RBCS.2013.17.02.14

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF : UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<
https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Atencao_primaria_equilibrio_entre_necessidade_de_saude_servicos_e_tecnologia/291>. Acesso em Março/2017.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 376p.