

IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA MICRORREGULAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA QUALIFICAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS

Carla Cristina da Rocha¹
Carlos Henrique Miranda de Assis Martins²
Daiane Aparecida Torres da Silva³
George Rodrigo Floriano⁴
Larissa Trombetta Palermo⁵
Luciana Gonçalves⁶
Magda Facelli⁷
Marcelle Rigitano Silva Teles⁸
Salette Castelli Girardi⁹
Valdnei Cláudio Mascarenhas da Silva¹⁰
Viviana Aparecida de Lima¹¹

1 INTRODUÇÃO

Gestores e profissionais envolvidos em atividades de Regulação no Município de Campinas

¹ Formação: Comunicação Social com Habilitação em Publicidade e Propaganda (Faculdade Anhanguera), Instituição: Administrativa-Central de Regulação-SMS-Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste-SP, E-mail: carla-cris-rocha@hotmail.com

² Formação: Médico, Instituição: Núcleo Interno de Regulação - Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - Campinas - SP, E-mail: drchmartins@gmail.com

³ Formação: Fisioterapeuta, Instituição: Administrativa-Central de Regulação-SMS-Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste-SP, E-mail: dapsilva@hotmail.com

⁴ Formação: Enfermeiro (Anhanguera Educacional), Instituição: Núcleo Interno de Regulação - Complexo Hospitalar Prof. Edvaldo Orsi - Campinas - SP, E-mail: enfermeirogeorge@gmail.com

⁵ Formação: Química (UNICAMP), Instituição: Agente Administrativa - Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: reg.larissapalermo@gmail.com

⁶ Formação: Graduação em Enfermagem (UNICAMP), Instituição: Apoio Institucional Distrito Sudoeste - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: lusudoesteapoio@gmail.com

⁷ Formação: Assistente Social, Instituição: Coordenadora da Regulação - SMS - Prefeitura Municipal de Cosmópolis - SP, E-mail: regulacao.cosmopolis@gmail.com

⁸ Formação: Médica (UNESP - Botucatu), Instituição: Médica Reguladora - Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: marcellerigitano@hotmail.com

⁹ Formação: Graduação em Farmácia (Universidade São Francisco); Especialista em Homeopatia (Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos - IBEHE); Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica (Unaerp/MS); Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UNICAMP), Instituição: Coordenação Área Técnica de Assistência Farmacêutica - SMS - Prefeitura Municipal de Campinas - SP, E-mail: salette.castelli@gmail.com

¹⁰ Formação: Economista, Instituição: Coordenador Administrativo - SMS - Prefeitura Municipal de Santa Bárbara d'Oeste - SP, E-mail: neimascarenhas@yahoo.com.br

¹¹ Orientadora: Formação Profissional: Graduação em Enfermagem (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP), Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP), Instituição: Docente da Faculdade de Enfermagem da PUC-Campinas, E-mail: vivianalima@globo.com

e Região Metropolitana foram agrupados, durante o curso de Especialização em Regulação em Saúde promovido pelo Instituto de Educação Permanente do Sírio Libanês, em uma equipe de trabalho, denominada Grupo Afinidade 3 (GAF3).

A partir das divisões de integrantes do grupo, foi possível identificar diversas fragilidades nos processos que envolvem Regulação em Saúde, principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Observamos, dentre as questões mais importantes, a falta de diálogo/comunicação entre o que é realizado nas Equipes Saúde de Família (ESF), equipes pouco familiarizadas com o processo regulatório centralizado, ausência de matriciamento na APS com relação ao tema “microrregulação” e falta de corresponsabilização nas diversas esferas de atenção à saúde e de governo.

O grupo observou também dificuldades com a elaboração / discussão / implantação e divulgação dos protocolos clínicos e de acesso, bem como um processo de educação permanente (EP) e discussão de Diretrizes Clínicas, ainda incipientes. Consequentemente, podemos verificar uma alta demanda por consultas, exames e procedimentos especializados, além de demanda pouco qualificada, que pode não refletir a real necessidade de saúde da população, levando à fragmentação da assistência na APS.

Assim, percebe-se a utilização inadequada dos recursos ofertados como um todo, com filas de espera geradas por uma falsa demanda, levando à insatisfação e descrédito dos usuários junto ao SUS.

Para a construção deste Projeto Aplicativo (PA), usamos ferramentas e técnicas que aprendemos durante o curso de especialização em regulação, tais como matrizes decisórias. Construimos, assim, nossa árvore explicativa (**ANEXO 1**), e após muitas avaliações e discussões, levando em consideração aspectos como relevância e viabilidade, chegamos ao nosso principal nó crítico: Deficiência de matriciamento na Atenção Básica com relação à microrregulação (fluxos e protocolos).

Esse contexto apresentado até o momento provavelmente reflete a realidade de muitos municípios de nossa região, mesmo que alguns deles já contem com uma regulação central implantada. Desta forma, após as discussões e avaliações do panorama regional e do contexto político, decidimos propor a implantação/implementação do Projeto Aplicativo no município de Santa Bárbara d'Oeste, onde a própria Central de Regulação existente também detectou este problema. Acreditamos então que o presente PA possa contribuir efetivamente com a qualificação da microrregulação no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Implantar e implementar a microrregulação como projeto piloto, na unidade básica de saúde (UBS) Anália Salvador Dall Belo, no bairro São Fernando, município de Santa Bárbara d'Oeste, com vistas à sua ampliação para as demais unidades do município.

2.2 Objetivos Específicos

- ✚ Esclarecer todos os atores envolvidos sobre a necessidade de implantação de microrregulação, visando qualificar atendimentos e encaminhamentos para consultas, exames e procedimentos especializados.
- ✚ Criar e/ou rever fluxos e protocolos para que se adequem ao contexto da unidade, visando a utilização e otimização dos recursos de acordo com as necessidades reais da população adscrita.
- ✚ Criar banco de dados com informações relativas a todas as questões demandas à Regulação Central para posterior análise e alinhamentos necessários para o aperfeiçoamento dos processos.
- ✚ Acompanhar os atendimentos realizados, exames solicitados e definir quais indicadores serão utilizados no monitoramento.
- ✚ Qualificar a demanda, quantitativa e qualitativamente, com ajustes finos em relação aos serviços ofertados.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

3.1 FUNDAMENTAÇÃO:

Segundo Barbosa (2016, p.2):

“(…) com base no diagnóstico das necessidades de saúde numa determinada área geográfica e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades de Saúde, torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção, o que caracteriza a regulação.”

A definição de responsabilidades entre os gestores configura um processo de organização e governança no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a efetiva regulação do sistema.

É necessário afirmar que a falta ou a dificuldade de acesso na APS, a baixa resolutividade desse nível de assistência e a ineficiente comunicação entre as diversas esferas de atenção são fatores

que induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta preferencial de entrada no sistema.

Neste contexto, torna-se compreensível a importância do presente projeto, baseado em políticas públicas, como um mecanismo de organização do sistema.

Segundo Francesc (2012, p.48):

“A boa governança das Redes de Atenção à saúde (RAS) implica na existência das seguintes características: conhecimento das necessidades de população adscrita, cooperação e consenso como pauta da interação entre os atores, visão conjunta, valores compartilhados e uma liderança efetiva.”

Ainda, segundo Mendes (2016, p.63):

“A população adscrita a uma RAS é a população que vive em um território sanitário e que está cadastrada em uma UBS. É fundamental conhecer as necessidades dessa população e de suas subpopulações por estratos de risco (Figura 1). Para isso, é necessário mudarmos gradativamente o sentido de gestão dos cuidados, que deixa de ser organizada pela oferta, para uma gestão de saúde levando em conta esta base populacional, e a partir das suas necessidades concretas definem-se os parâmetros para o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços das RAS, o que chamamos de transição de um sistema fragmentado para um sistema em rede.”

Nessa lógica de valorizar a APS como a real porta de entrada (Figura 1), bem como o primeiro ambiente de microrregulação, precisamos que a reorganização das demandas leve em conta as Diretrizes Clínicas baseadas nas melhores evidências científicas. Assim, a “inteligência regulatória” em relação às condições crônicas não-agudizadas estaria locada na APS. (informação verbal)¹.



Figura 1. Pirâmide de risco (DEPARTMENT OF HEALTH, UK, 2005).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA BÁRBARA D'OESTE:

3.2.1 Fatos Históricos

Em 1817, Dona Margarida (viúva do Sargento-mor Francisco de Paula Martins, que saiu de Santos e adquiriu uma sesmaria de 174km², delimitada ao Norte com o Rio Piracicaba e ao Nordeste com o Ribeirão Quilombo) mudou-se para suas terras, formou uma fazenda de engenho de açúcar e constituiu um pequeno povoado. Por ser devota a Santa Bárbara, doou parte de suas terras para a

construção de uma capela, que foi erguida em 1818. Neste mesmo ano em 4 de dezembro foi fundado o município de Santa Bárbara. (FUNDAÇÃO ROMI, 2017).

3.2.2 Localização, População e Desenvolvimento Econômico

O município de Santa Bárbara d'Oeste está localizado na RMC - Região Metropolitana de Campinas, uma região de reconhecido potencial econômico. A RMC é formada por 19 municípios e tem como referência a cidade de Campinas, e é considerada a segunda região mais próspera e desenvolvida do Estado de São Paulo, ficando atrás apenas da Região Metropolitana de São Paulo.

A RMC possui uma população estimada de 2,86 milhões de habitantes segundo estimativa do IBGE, 2012, possui uma Economia bastante diversificada, com destaque para um parque industrial diversificado. Possui ainda uma excelente malha rodoviária, principal canal de escoamento da produção, um dos mais importantes aeroportos do país, Viracopos, deverá se tornar nos próximos anos no maior aeroporto da América Latina, além de ferrovias que torna a região um importante centro logístico.

Atualmente, o município de Santa Bárbara d'Oeste possui uma população de cerca de 191.000 habitantes segundo estimativa do IBGE 2017, sendo a sexta cidade mais populosa da RMC. Trata-se de uma cidade predominantemente industrial, mas que vem assistindo um crescimento no setor de Comércio e Serviços, com um orçamento anual apresentado para o ano de 2017 no valor de R\$ 424.083.516,00, e o correspondente à Saúde no valor de R\$ 122.345.706,00.

3.2.3 Caracterização da Saúde em Santa Bárbara d'Oeste

O município conta atualmente com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que juntamente com o SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) compõe a Rede de Atenção Básica.

A rede municipal de saúde dispõe de duas unidades de Pronto Atendimento, um Hospital Dia AME (Ambulatório Médico de Especialidades), gerenciado pelo HES (Hospital Estadual de Sumaré) e contratualização com a Santa Casa, único hospital geral do município.

O município possui, ainda, serviço de atenção ambulatorial especializado, organizado no Centro de Especialidades Médicas, que conta com as principais especialidades que atendem ao sistema público de saúde local. O setor atua em conjunto com a Central de Regulação Municipal que por sua vez, faz a classificação de risco de encaminhamentos e de exames de maior complexidade que serão realizados tanto na rede de referência interna (convênios e contratos) como na regional, junto à DRS VII – Campinas (Departamento Regional de Saúde Regional Campinas).

O município conta ainda com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Saúde da Mulher, Ambulatório Médico de Doenças Infecto Contagiosas (AMDIC), Centro de Fisioterapia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo Álcool e Drogas (NAD) e Núcleo Infantil - Juvenil, Vigilância em Saúde.

A atenção hospitalar conta com a estrutura da Santa Casa de Misericórdia, instituição filantrópica que dispõe de 134 leitos (dos quais 84 são contratualizados com o SUS municipal), além de 10 leitos de UTI, dos quais 08 contratualizados com o SUS municipal.

Destacamos abaixo os percentuais de investimentos em Saúde nos últimos anos:

EXERCÍCIOS	PERCENTUAL APLICADO	PERCENTUAL APLICADO SUPERIOR AO MÍNIMO
2 0 1 3	30,20%	15,20%
2 0 1 4	29,72%	14,72%
2 0 1 5	32,84%	17,84%
2 0 1 6	31,88%	16,88%

3.2.4 Bairro São Fernando e a instalação da UBS “Anália Salvador Dall Belo”

Em meio a este contexto encontra-se o bairro São Fernando, localizado na Zona Leste do Município, próximo a cidade de Americana. Região de alta densidade demográfica e socialmente fragilizada, pois é conhecido pelos pontos de prostituição, vendas e consumo de entorpecentes.

No dia 23 de junho de 1990 foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde Anália Salvador Dall Belo, construída em uma área de 188,8 m². E era constituída por uma equipe profissional de 5 Médicos (3 clínicos gerais, 1 pediatra e 1 ginecologista), 1 Enfermeira, 3 Técnicos em Enfermagem, 2 Recepcionistas, 2 Serviços Gerais, 2 Dentistas, 1 Assistente Social que estavam sob a coordenação da Enfermeira.

Atualmente a Unidade passou por melhorias e foi reinaugurada em 2011 passando a contar com área construída de 361,7 m² e tornou-se pioneira no Programa de Saúde da Família (PSF) no município, bem como, na implantação do novo fluxo de acesso denominado “Modelo Ampliado de Atendimento/Acesso Avançado”, implantado desde maio/2017 nessa Unidade. Há demanda espontânea, com atendimento ao paciente no mesmo dia ou no máximo na mesma semana.

Nesse modelo ampliado, que é a expressão de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), há um diálogo entre os conhecimentos de várias áreas, com foco no conceito da saúde integral: preocupação com a promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Ele articula as condições biopsicossociais com a qualidade de vida e propõe também o diálogo entre os profissionais e o paciente para desenvolver a proposta terapêutica. O modelo traz diversos benefícios para o paciente e o médico e promove uma clínica mais humanizada e capaz de atender às demandas em saúde de forma mais global (DUBOW, 2016).

A equipe da Unidade é constituída por: 1 Gestora da Unidade Básica, 5 Médicos (3

generalistas, 1 pediatra, 1 ginecologista), 3 Dentistas, 1 Assistente Social, 2 Enfermeiras, 3 Técnicos em Enfermagem, 2 Recepcionistas, 9 Agentes Comunitários, 2 Serviços Gerais.

Durante o processo de definição do território de ação, foi realizada uma reunião com a Secretária de Saúde, Coordenadora da Atenção Básica e do PSF, Coordenadora da Regulação para apresentação e fidelização do projeto no Município. A escolha da UBS São Fernando para o Projeto Aplicativo, foi embasada na sugestão da Secretária de Saúde e fomentada pelas visitas realizadas por integrantes do Grupo Afinidade, em duas unidades com diferentes estruturas organizacionais, que evidenciou a UBS São Fernando como o local de melhor viabilidade para a concretização dos objetivos propostos pelo grupo, tendo em vista o processo de trabalho já estabelecidos e o apoio gestor. Fomos, então, orientados a nos reunir com a equipe local da UBS.

A reunião aconteceu no dia 21 de setembro 2017 na UBS, com a participação de toda a equipe. Fizemos as ponderações necessárias para a construção de um plano de ação e elaboramos um questionário, como ponto de partida, enviado previamente para a Gestora da unidade e que relacionamos abaixo, juntamente com as respostas obtidas:

1) Quadro de profissionais/horário de funcionamento da UBS em questão.

A gestora da unidade nos apresentou um quadro contendo o setor, o nome do colaborador, os dias de trabalho do colaborador na unidade e seu respectivo horário de trabalho.

2) Qual a população adstrita? Atualmente na UBS São Fernando temos 20.846 prontuários cadastrados.

3) Há programa de saúde da família? Sim.

4) Qual a porcentagem da SUS dependência? Em nosso território 90% da população são usuários do SUS.

5) Quais as ofertas da Unidade (programas, grupos, etc)?

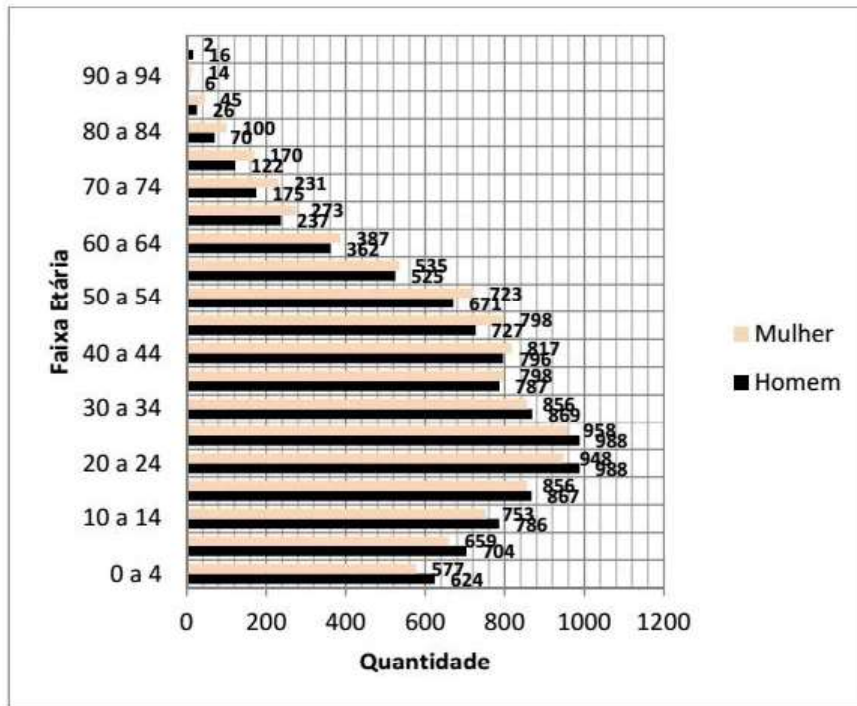
Na unidade são ofertados os seguintes grupos:

- Caminhada
- Grupo de exercício físico
- Grupo de gestantes
- Grupo de Auriculoterapia
- Grupo de Artesanato

6) Qual a periodicidade de reunião de equipe? As reuniões de equipe são realizadas uma vez por mês.

7) Existe espaço fixo reservado para discussão da área de especialidade/problemas referentes à especialidade? Nas reuniões de equipes são discutidas esses problemas, dentre outros, porém, não há reuniões específicas com a equipe da especialidade.

8) Qual o perfil populacional (pirâmide)?



9) Sobre o atendimento especializado:

9a) Há fluxos e protocolos para exames e consultas? As equipes têm conhecimento e acesso a eles? Os fluxos e protocolos para exames e consultas são de conhecimento de todos, porém, a equipe aponta que os protocolos são desatualizados e com baixas evidências clínicas.

9b) Qual a demanda (tempo de espera das filas)? Variável, de acordo com a especialidade.

Abaixo alguns exemplos:

ESPECIALIDADE	TEMPO DE ESPERA
Oftalmologia	Até dois meses
Otorrinolaringologia	Até dois meses
Ortopedia	Até 6 meses
Gastroenterologia	Até 6 meses
Cardiologia	Até 2 meses
Neurologia	Até 6 meses

9c) Existe classificação de risco? Na unidade não é feita a estratificação de risco dos pacientes que são encaminhados para a especialidade. Esse procedimento é realizado pelo médico regulador da Central Municipal de Regulação, por meio da análise dos encaminhamentos.

9d) Qual o sistema de informação utilizado? No município é utilizado um sistema de informatização próprio (Win Saúde).

10) Quais os sistemas de informação utilizados? Como é feita a comunicação entre os diferentes serviços de saúde/diferentes esferas de atenção? No município é utilizado um sistema de informatização próprio. A comunicação entre os diversos serviços é feita por CI (Comunicado Interno), e-mail institucional, ou correspondência interna.

11) Existe prontuário eletrônico? Sim.

12) Qual a porcentagem de contra referência que a unidade recebe? A unidade nunca recebe contra-referências da especialidade.

13) Os preenchimentos de APACs e referências são adequados (legíveis, contendo dados pertinentes/importantes)? Geralmente são pouco legíveis e com dados incompletos.

14) Há matriciamento? Se sim, em quais áreas? Qual a periodicidade e quem participa? A unidade é matriciada pela equipe do NASF que está em fase de consolidação e estruturação. Sendo assim, não há uma periodicidade estabelecida para o matriciamento. Quando o mesmo ocorre participam a gerente da unidade, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e outros profissionais envolvidos em um determinado caso. Além do matriciamento feito pelo NASF, podemos citar também as consultas compartilhadas realizadas com o médico psiquiatra, que promove suporte para a equipe médica nos casos de saúde mental. Esse matriciamento com o psiquiatra é realizado quando solicitado e agendado pela equipe da Saúde Mental.

15) Quais os principais problemas levantados pela unidade? A equipe aponta as dificuldades de comunicação com a central de regulação, onde não existe um fluxo estabelecido para que a mesma ocorra. Outro apontamento, se refere aos protocolos que estão desatualizados e com baixas evidências clínicas. Além disso, o não recebimento de contra referências o que dificulta o cuidado clínico do paciente, pois, na grande maioria das vezes o usuário não sabe relatar como foi a consulta com o especialista.

Após a aplicação do questionário, a UBS nos informou que há 20.846 prontuários cadastrados, com 90% de SUS dependência na população adstrita.

A unidade oferta à população grupos de caminhada, de exercícios físicos (academia ao ar livre), de gestantes, auriculoterapia e artesanato.

Os profissionais da UBS apontam que há protocolos de acesso, mas que os mesmos estão desatualizados e contém baixas evidências clínicas.

Com relação ao tempo de espera, há variação de dois (exemplo: cardiologia) a seis meses (exemplo: ortopedia). Quando questionados sobre a classificação de risco, nos informaram que esta é feita pela Central Reguladora e não pelos médicos assistentes.

Há no município o sistema informatizado "Win Saúde", que também disponibiliza o prontuário eletrônico e comunicados internos (CI). Este último é utilizado como meio de

comunicação entre os diversos serviços de saúde do município. Mesmo tendo disponível esse tipo de recurso, a UBS ainda queixa-se da falta de contra-referência.

As reuniões de equipe são realizadas uma vez por mês, quando são discutidos os problemas cotidianos referentes ao território. A unidade é matriciada pela equipe do NASF que está em fase de consolidação e estruturação. Sendo assim, não há uma periodicidade estabelecida para o matriciamento. Quando o mesmo ocorre participam a gerente da unidade, médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde e outros profissionais envolvidos em um determinado caso. Além do matriciamento feito pelo NASF, podemos citar também as consultas compartilhadas realizadas com o médico psiquiatra, que promove suporte para a equipe médica nos casos de saúde mental. Esse matriciamento com o psiquiatra é realizado quando solicitado e agendado pela equipe da Saúde Mental.

Assim sendo, concluímos junto à equipe que as principais dificuldades encontradas são referentes aos protocolos desatualizados, o não recebimento de contra-referências e a ausência de fluxo estabelecido para a comunicação regular com a Central de Regulação.

4 GESTÃO DO PLANO

Para a construção do plano de ação, utilizamos a planilha denominada 5W3H (**ANEXO 2**) a qual nos permitiu mapear atividades, estabelecendo o que fazer, o motivo, os atores envolvidos, o cronograma e a definição do local. Também avalia como a atividade que será desenvolvida e seu custo. Esta planilha é prática e clara e este método facilita a comunicação em torno das ações planejadas, além de permitir o acompanhamento da realização das mesmas. Assim, pensamos em 5 ações:

- Ação 1: Organizar e rever protocolos clínicos e de acesso baseados em diretrizes clínicas no contexto do Município;
- Ação 2: Garantir o acesso aos protocolos pelos médicos e enfermeiros da UBS;
- Ação 3: Proporcionar e viabilizar espaços fixos de comunicação/diálogo para matriciamento e EP, conforme a necessidade;
- Ação 4: Garantir canais de comunicação (formal e informal) mais ágeis e regulares entre as diversas esferas de atenção, independente dos espaços oficiais;
- Ação 5: Estabelecer rotinas para a avaliação dos indicadores e da qualidade de encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.

Em seguida partimos para a utilização de ferramentas que nos permitiu avaliar a viabilidade do Plano. Iniciamos com a matriz de análise de motivação dos atores sociais; em seguida utilizamos a matriz de análise das estratégias e viabilidade segundo ações conflitivas, pois a primeira análise nos mostrou conflito de interesse. Finalmente, construímos a planilha de detalhamento da análise de

viabilidade.

Após toda essa análise, consideramos nosso projeto exequível pois há, evidentemente, grande demanda da necessidade de reorganização do sistema, visando otimizar a utilização dos recursos.

A organização das soluções propostas e a montagem das matrizes e planilhas deixa claro que nosso principal recurso é organizacional, humano e tecnológico, que, por sua vez, estão disponíveis. A não necessidade de recursos financeiros aumenta a garantia de suporte gestor.

A avaliação da matriz de motivação dos atores nos faz perceber que a maioria dos envolvidos é aliada à execução do projeto, com alto valor de interesse. Entretanto, há que se ter um olhar estratégico para a ação 5, que envolve os médicos da UBS e do ambulatório de especialidade, já que esses profissionais podem não estar totalmente de acordo com a efetivação desta ação, uma vez que a mesma pode significar aumento da demanda em relação ao preenchimento de formulários e mudanças em seus processos de trabalho.

Para este enfrentamento, precisamos alinhar e fortalecer o pensamento estratégico. Citando Neto (informação verbal)², estratégia “é só um caminho; é a disposição de mudar quando a realidade muda”. É preciso sensibilizar os atores para perceber a nossa realidade, que na maioria das vezes está “limitada” pela ideologia de cada um, e com isso, distorcida. É necessário ter em mente que temos um compromisso social; é preciso dar o primeiro passo para a mudança e construção de massa crítica, em busca de uma sociedade melhor.

Proposta de avaliação e monitoramento

AÇÃO		INDICADOR
1	Organizar e rever protocolos clínicos e de acesso baseados em diretrizes clínicas no contexto do Município.	✚ Adequação/implementação de diretrizes clínicas a partir das melhores evidências científicas disponíveis.
2	Garantir o acesso aos protocolos pelos médicos e enfermeiros da UBS.	✚ Verificação da ciência (ou não), pelos médicos e enfermeiros da UBS, tanto da existência quanto do conteúdo dos protocolos existentes.
3	Proporcionar e viabilizar espaços fixos de comunicação/diálogo para matriciamento e EP, conforme a necessidade.	✚ Acompanhamento das ações propostas e das efetivamente realizadas.
4	Garantir canais de comunicação (formal e informal) mais ágeis e regulares entre as diversas esferas de atenção, independente dos espaços oficiais.	✚ Monitoramento do fluxo de informações, quanto à sua disponibilidade.
5	Estabelecer rotinas para a avaliação dos indicadores e da qualidade de	✚ Monitoramento da qualidade dos encaminhamentos e das contra-referências.

	encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.	
--	---	--

indicadores e da qualidade de encaminhamentos e principalmente das contra-referências com posterior auditoria e devolutiva de resultados à UBS.																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- [X] - ação iniciada e concluída
- [X] - ação iniciada com conclusão posterior
- X - ação permanente

5 REFERÊNCIAS

(informação verbal)¹ Notícia fornecida por Eugênio Vilaça Mendes durante a vídeo-transmissão do encontro nº 6 do curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, promovido pelo IEP/Hospital Sírio Libanês, denominada de “Exposição dialogada: A governança regional das redes de atenção à saúde e sua interface com a regulação em saúde”, em São Paulo, em agosto de 2017.

(informação verbal)² Notícia fornecida por Gonzalo Vecina Neto durante a vídeo-transmissão do encontro nº 9 do curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, promovido pelo IEP/Hospital Sírio Libanês, denominada de “Pensar em planejamento estratégico em ações e serviços de saúde”, em São Paulo, em outubro de 2017.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; Barbosa, Nelson Bezerra; Najberg, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: p. 2, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2004: Editora do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 2017.

DEPARTMENT OF HEALTH. Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, UK, Long Term Conditions Team Primary Care/Department of Health, 2005.

DUBOW, Camila; ROCHA, Guilherme Görgen da; BORBA, Tatiana Thier de; SCHNEIDER, Márcia Raquel; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Promoção da saúde, clínica ampliada e doenças crônicas: estudo de revisão. Revista UNIABEU, v. 9, n. 22, p. 283, 2016.

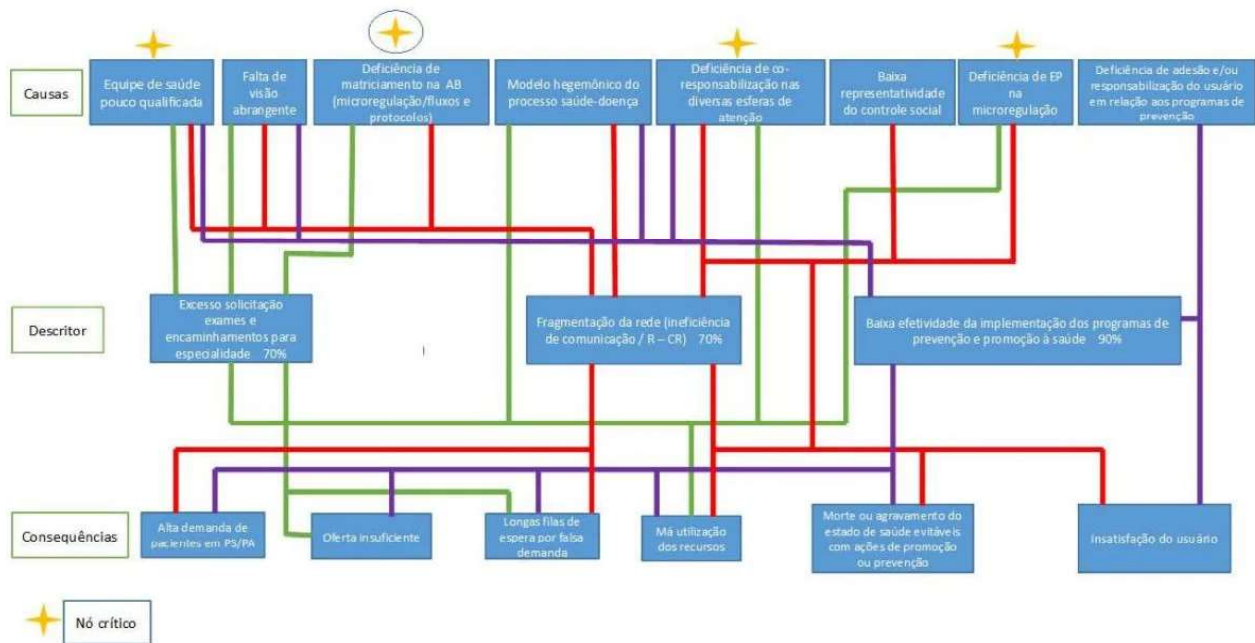
FRANCEESC, J. M. et al. La gobernanza de las redes integradas de salud (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, p. 48, 2012.

FUNDAÇÃO ROMI. Disponível em: <http://www.fundacaoromi.org.br/images/downloads/cronologia_santa_barbara_doeste.pdf>. Acesso em: out. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça, Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde: A Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, CONASS Debate: Nº 6, p. 49-93, 2016.

6 APÊNDICES

1. Árvore Explicativa



Macro-problema: Baixa Resolutividade da Atenção Básica com ênfase na Microrregulação

2. Matriz de intervenção 5W3H

Espaço do Problema: Santa Bárbara d'Oeste-SP.

Macroproblema: “Baixa Resolutividade da Atenção Básica com ênfase na Microrregulação”.

Nó crítico: Deficiência de matriciamento na Atenção Básica (microrregulação /fluxos e protocolos).

Nó crítico	What > O quê?	Why > Porquê?	How	Who	When	Where	How much	How measure
Deficiência de matriciamento na Atenção Básica (microrregulação /fluxos e protocolos)	Elaboração de um roteiro com os questionamentos que serão feitos à Unidade Básica.	Para que a Unidade Básica possa preparar os dados para a visita do GAF3.	Construção no GAF3	Especializando do GAF3.	Realizado.	FAC III	Não se aplica.	Não se aplica.
	Elaboração do roteiro de análise (o que tenho - quanto tenho - demanda).	Para subsidiar a reunião entre gestores e especializando.	Contribuição individual via e-mail.	Especializando do GAF3.	Realizado.	E-mail.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Apresentar o projeto ao Secretário de Saúde 17/09/17.	Para oficializar a adesão ao projeto e obter apoio para a sua realização.	Reunião com a Secretária de Saúde.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Secretaria de Saúde de Santa Bárbara D'Oeste.	A definir.	Não se aplica.
	Conhecer a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde de Santa Bárbara d'Oeste.	Qualificar o grupo e embasar as ações para a aplicação do projeto.	Reunião com a Secretária de Saúde, Coordenadora de Atenção Básica e da Regulação.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Secretaria de Saúde de Santa Bárbara D'Oeste.	A definir.	Não se aplica.
	Visita à Unidade Básica 21/09/17.	Para apresentar o projeto e conhecer a unidade.	Fazer o levantamento dos dados.	Especializando do GAF3.	Realizado.	Unidade Básica São Fernando.	Não se aplica.	Não se aplica.

	Análise dos dados coletados.	Para subsidiar o projeto aplicativo.	Tabulação dos dados.	Especializando do GAF3.	Reuniões periódicas.	À distância.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Levantamento do referencial teórico.	Para referenciar os indicadores apresentados pela Unidade Básica São Fernando.	Levantamento bibliográfico e busca em banco de dados em Saúde.	Especializando do GAF3.	Reuniões periódicas.	À distância.	Não se aplica.	Não se aplica.
	Diagnóstico da atuação da Unidade Básica São Fernando quanto à atuação da Regulação.				Reuniões periódicas.			
	Produção da proposta de intervenção.				Reuniões periódicas.			