

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo.

Rafael Tadeu de Andrade

São Paulo
2018

Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo.

Rafael Tadeu de Andrade

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

São Paulo
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo.

Rafael Tadeu de Andrade

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Sistemas e Serviços de Saúde

Orientadora: Dra. Luiza Sterman Heimann

São Paulo
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Andrade, Rafael Tadeu

Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo. São Paulo, 2018.

98 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Sistemas e Serviços de Saúde
Orientadora: Luiza Sterman Heimann

1. Integralidade em Saúde. 2. Serviços de Saúde. 4. Estudos de Avaliação. 5. Atenção básica. I. Título.

DEDICATÓRIA

A minha querida esposa Camila, que com muito amor e carinho me apoiou e cuidou de todas as coisas enquanto organizava grande parte do tempo para cumprimento de minha jornada de trabalho e estudos diários.

Aos meus amados pais, José e Elizabeth, que mesmo com dificuldades propiciaram que eu pudesse ter acesso à educação. Agradeço pela compreensão, paciência e luta nesses dois anos.

Aos meus irmãos Roberto e Rogério, pelo apoio no cumprimento de mais uma jornada.

À minha avó Alzira (in memoriam) pelos ensinamentos, valores e confiança transmitidos pelo tempo em que foi possível.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade de desenvolver esse trabalho.

À Dra. Jurema Westin Carvalho por reconhecer a importância desse estudo e por autorizar os afastamentos necessários para que eu pudesse desenvolver esse trabalho.

À minha querida orientadora Dra. Luiza Sterman Heimann, por acreditar no meu projeto, pela orientação dada na condução desse estudo, pelo conhecimento e experiência transmitidos e por todo apoio nas submissões ao Implementation Research e ao III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aos professores do Instituto de Saúde e demais colaboradores pela atenção, apoio e conhecimento e experiências transmitidas.

À toda equipe Implementation Research no Brasil pela oportunidade de financiamento, pelas sugestões e apoio durante a realização deste estudo.

Aos colegas mestrandos, por juntos compartilharmos dois anos de aprendizado e companheirismo.

A minha querida amiga Vanessa Andrade pela divulgação do processo seletivo do programa de mestrado profissional do Instituto de Saúde.

Aos colegas de trabalho pela força e apoio, principalmente nos momentos de ausência no trabalho devido ao cumprimento dos créditos obrigatórios e optativos.

ANDRADE, RT. Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

Resumo

Introdução: A microrregião da Freguesia do Ó, situada na zona norte do município de São Paulo, possui 417.685 habitantes, 16 unidades básicas de saúde, 9 unidades especializadas e 1 hospital geral. Na microrregião, o coeficiente de mortalidade por diabetes *mellitus* é de 26 casos para cada 100 mil habitantes – valor superior ao do município. Para garantir a integração sistêmica das ações em saúde, foram estabelecidas as Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado para as doenças crônicas prioritárias. Os profissionais da atenção básica e da especializada não perceberam avanços na integração dos diversos pontos da rede, pois há falta de capacitação dos profissionais da atenção básica e especializada; longo tempo de espera para atendimento especializado, comunicação ineficiente entre os diversos pontos de atenção e encaminhamentos à média complexidade de casos não contemplados pelo protocolo clínico e de acesso. O apoio matricial vem sendo utilizado no SUS como mecanismo para integração sistêmica nas redes de atenção à saúde e maior resolutividade no cuidado. **Objetivo:** Implementar e avaliar o apoio matricial da rede de atenção especializada ambulatorial para a atenção básica, com foco na linha de cuidado da diabetes *mellitus* na região. **Método:** O estudo foi desenvolvido pelo método da pesquisa-ação. Foram selecionadas as 2 unidades básicas de saúde responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de endocrinologia e uma unidade da atenção especializada da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia. O método proporciona a possibilidade de seleção da população a ser investigada por critérios de intencionalidade. No plano de análise, foram utilizadas técnicas de análise de frequência e comparação antes (fase exploratória) e depois (avaliação) da intervenção. **Resultados:** No âmbito dos serviços a elaboração e implementação do apoio matricial da atenção especializada à atenção básica contemplou a troca de conhecimento entre os profissionais dos diversos pontos da rede; redução na proporção de encaminhamentos desnecessários de pacientes portadores de diabetes *mellitus* à especialidade de endocrinologia no local onde a intervenção fora implementada. Foram implementadas ferramentas para facilitar a comunicação (discussão de casos) entre as equipes da atenção básica e especializada e foi introduzida a rotina de encontros presenciais entre as equipes da atenção básica e especializada.

Palavras chave: Integralidade em Saúde; Serviços de Saúde; Estudos de Avaliação; Atenção Básica à Saúde.

ANDRADE, RT. Integrality of care: Implementation of specialized matrix support in primary care focusing on diabetes mellitus care in the Freguesia do Ó/Brasilândia region, in São Paulo city. [Masters Dissertation]. Master's Program in Public Health of CRH / SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health; 2018.

Abstract

Introduction: The Freguesia do Ó/Brasilândia region, located in the north of São Paulo city, has 417,685 inhabitants, 16 basic health units, 9 secondary care services and one general hospital. In the region, the mortality rate of diabetes mellitus is 26 cases per 100 000 inhabitants - more than the municipality. To ensure the integration of health actions, the Care Networks Health Care and lines were established for the priority chronic diseases. The professionals of primary care and the secondary care did not see progress in the integration of the various care points, lack of professional training in basic and secondary care; long waiting time for specialized care, inefficient communication between the various care points and referrals to medium complexity cases not covered by the access protocol. The matrix support has been used in the Health Unic System as a mechanism for systemic integration in care networks health and better resolution in care. **Objective:** To implement and evaluate the matrix support of secondary care for primary care, focusing on diabetes care line in the region. **Method:** The study was developed by the action-research method. The two primary care services responsible for the greatest demands in the endocrinology specialty and a secondary care service of the Freguesia do Ó / Brasilândia region were selected. The method provided the possibility of selecting the population to be investigated by criteria of intentionality. In the analysis plan It was used the techniques of: frequency analysis and comparison before (exploratory phase) and after (evaluation) of the intervention. **Results:** In the context of services, the elaboration and implementation of the matrix support from secondary care to primary care contemplated the exchange of knowledge among professionals from different parts of the health care network; reduction in the proportion of unnecessary referrals of patients with diabetes mellitus to the endocrinology specialty where the intervention was implemented. Tools were implemented to facilitate communication (discussion of cases) between the primary care and secondary care teams and the routine of face-to-face meetings was introduced between the primary care and secondary care teams.

Keywords: Integrality in Health; Health Services; Evaluation Studies; Primary Health Care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. INTEGRALIDADE – DA CONSTITUIÇÃO AO COTIDIANO	11
1.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	13
1.2.1. Estrutura Operacional.....	15
1.2.2. Modelo de Atenção à Saúde.....	16
1.3. LINHAS DE CUIDADO E A IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	16
1.4. APOIO MATRICIAL.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVOS.....	28
3.1. OBJETIVO GERAL	28
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4. MÉTODO.....	30
4.1. DESENHO DO ESTUDO E ASPECTOS METODOLÓGICOS	30
4.2. FASE EXPLORATÓRIA	32
4.3. LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTES	33
4.4. SEMINÁRIOS.....	34
4.4.1. Primeiro Seminário.....	35
4.4.2. Segundo Seminário – Formulação da Intervenção.....	36
4.4.3. Terceiro Seminário – Finalização e implementação da proposta de intervenção.....	36
4.5. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	37
4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
4.7. FINANCIAMENTO.....	38
5. RESULTADOS.....	41
5.1. DA FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA.....	41
5.2. A CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PESQUISA	50
5.2.1. A Equipe.....	50
5.2.2. O Problema.....	52
5.2.3. A FORMULAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	54
5.3. A IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	58

5.3.1. Capacitação.....	58
5.3.2. Canais de Comunicação.....	60
5.3.3. Expansão das Intervenções.....	60
5.4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	61
5.5. UTILIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO	68
6. DISCUSSÃO.....	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A – MAPA DA SUBDIVISÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	85
APÊNDICE B – LINHA DE CUIDADO GERAL EM DIABETES.....	86
APÊNDICE C – PLANILHA PARA COLETA DE DADOS – FASE EXPLORATÓRIA.....	91
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE E – CONVITE PARA INCLUSÃO DE PARTICIPANTES.....	93
APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO CEP.....	94

APRESENTAÇÃO

Possuo graduação em Farmácia e Bioquímica e especialização em Farmácia Hospitalar e Clínica. Desde 2005, atuo como trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) e participo de discussões sobre a integralidade do cuidado e, mais recentemente, nas discussões das redes de atenção á saúde (RAS).

Atualmente, sou coordenador de um ambulatório de especialidades onde, no dia a dia de trabalho, tenho a percepção de que o cuidado dos usuários continua ocorrendo de forma fragmentada, voltado para a terapêutica das alterações dos sistemas anatomofisiopatológicos. Essa percepção também é relatada por usuários do sistema de saúde e companheiros de trabalho.

O município de São Paulo adotou a estratégia de linhas de cuidado para doenças crônicas prioritárias, entre elas a diabetes *mellitus*. Entretanto, muitos profissionais da atenção básica relatam dificuldades no manejo clínico dos pacientes. Essa dificuldade poderia ser superada por meio de canais rápidos de comunicação e de suporte a esses profissionais, o que evitaria parte dos encaminhamentos à atenção especializada.

Os profissionais da atenção especializada, assim como minha percepção, relatam dificuldade na comunicação com a atenção básica, o que torna o processo de contrarreferência complexo, sem fluxo definido e desconhecido, uma vez que o usuário se torna o grande responsável pela efetivação do processo – é necessário que o usuário se dirija até sua unidade de saúde com o formulário de contrarreferência, preenchido pelo profissional especialista, para ser agendado com os profissionais que o acompanham.

Uma unidade especializada em reabilitação da região da Freguesia do Ó/Brasilândia iniciou um trabalho inovador, no qual parte da jornada de trabalho dos profissionais foi destinada ao apoio às unidades básicas da região. Essa nova ação propiciou mudanças no perfil de atendimento em reabilitação na microrregião.

As dificuldades relatadas acima, assim como a estratégia exitosa mencionada, também serviram de inspiração para a formulação desse estudo.

1. INTRODUÇÃO

1.1. INTEGRALIDADE – DA CONSTITUIÇÃO AO COTIDIANO

A história da saúde pública no Brasil foi marcada por uma série de eventos que dentre eles destacamos a centralização e “uniformização” das “estruturas” de saúde na era Vargas; a implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, dos centros de saúde e do cuidado nos grandes hospitais (CRUZ, 2015).

Esses modelos geraram grandes discussões quanto à universalização do acesso e o cuidado integral, perdurando até a 8ª Conferência Nacional de Saúde - em 1986 – com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, logo em seguida, do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme os artigos 196 e 198, do Título 8 da Ordem Social, do Capítulo II, Seção II, da Saúde, da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes;

I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III- participação da comunidade.

A partir de então o SUS torna-se um sistema de atenção à saúde universal (todos os indivíduos têm direito ao acesso) e integral, onde todas as necessidades de saúde do indivíduo devem ser contempladas.

Nesse momento – início de formação do SUS - a integralidade envolvia ações para garantir aos indivíduos que suas necessidades fossem atendidas de forma resolutiva e integral, independentemente de sua complexidade.

A Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 refere que a integralidade da assistência é um princípio do SUS, tendo como definição um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Mattos (2006), menciona 3 conjuntos de sentidos da integralidade: um sendo tratada como um traço de boa medicina; outro como modo de organizar as práticas e o terceiro como políticas especiais.

Dentro do contexto de boa medicina, a integralidade surge como crítica à prática de saúde voltada para o atendimento exclusivo a doenças, sem qualquer preocupação com as necessidades não explícitas dos pacientes. Nesse sentido, a integralidade pressupõe um encontro ou acolhimento onde a atitude dos profissionais, por meio da conversa, busca identificar necessidades relacionadas à saúde e não somente as demandas informadas pelos pacientes (MATTOS, 2006).

O segundo sentido de integralidade, conforme Mattos (2006), está relacionado à necessidade de “horizontalização” de programas verticais. Estes são voltados às ações de enfrentamento a determinadas doenças ou agravos. A grande crítica a esse tipo de programa vem do fato de que o paciente é acompanhado por seu médico clínico ou da família na unidade básica de saúde (UBS) e na unidade de referência. Ambas as equipes desconhecem como está se dando a atenção fora de seus serviços.

Não parece admissível, por exemplo, que uma mulher com hanseníase seja acompanhada por um médico que não saiba como está se dando o acompanhamento ginecológico dessa paciente e vice-versa. Como não é admissível que um homem diabético, com tuberculose e hérnia inguinal tenha que dar entrada em três pontos distintos do sistema de saúde para ter encaminhada a resolução de seus problemas (MATTOS, 2006).

O mesmo autor adota o termo “política especial” ao invés de programa, ressaltando a dimensão mais abrangente da resposta governamental a certos problemas envolvendo a saúde pública. Assume, então, para o terceiro sentido, que a integralidade vai ao encontro de um conjunto de ações organizadas com vistas ao enfrentamento de problemas de saúde ou as necessidades de certos grupos específicos, tendo geralmente expressão institucional.

Cecílio (2009) traz outro sentido para a integralidade, o que “implica, necessariamente, em repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde”.

Nessa perspectiva, a integralidade pode assumir um papel mais focalizado ou localizado numa determinada unidade de saúde, onde os usuários levam suas demandas e a equipe multidisciplinar, inicialmente, pelo acolhimento identifica as necessidades do indivíduo. Nesse contexto, portanto, a integralidade é a tradução das

demandas da população em necessidades, realizada pelos profissionais, dentro do espaço singular do serviço de saúde, sendo constituída no cotidiano do trabalho por meio do vínculo e interações entre os usuários e os profissionais.

Entretanto, a integralidade nunca será plena em uma unidade de saúde singular, por melhores que sejam os profissionais ou a comunicação na equipe. Isso porque, muitas necessidades identificadas requerem tecnologias mais complexas para melhorar e prolongar a vida.

Nesse ponto, é possível discutir a integralidade pensada de forma mais abrangente ou em rede.

Para Cecílio (2009), a integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, exige a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

Desta forma, é importante que a articulação entre os serviços não seja de forma piramidal, com a fragmentação do cuidado e sim criando uma estrutura horizontal que articule os profissionais e os diferentes pontos de atenção.

1.2. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As redes de atenção à saúde representam um conjunto de serviços de saúde organizados e vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral para a população, coordenada pela atenção básica (MENDES, 2009).

No Brasil, a implementação da RAS é recente, entretanto seu conceito é trabalhado desde a reforma sanitária (ARRUDA *et al.*, 2015). Na Constituição Federal de 1988, os traços de rede podem ser identificados no artigo 198, que propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único,

pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”. Já a Lei Federal nº 8080 de 1990, remete à idéia de rede ao considerar que a integralidade da assistência pode ser entendida como um conjunto articulado das ações e serviços.

A Portaria MS nº 4.279 de 2010 estabelece as diretrizes para organização das RAS no Brasil. Essa mesma portaria define redes de atenção à saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado”.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Portaria Federal nº 4.279, 2010).

A partir do referencial da Portaria MS nº 4.279 de 2010 foram discutidas e adotadas como prioritárias as redes temáticas Cegonha, Urgência e Emergência, Cuidado à Pessoa com Deficiência, Psicossocial e das Pessoas com Doenças Crônicas. Estas possuem fases de implementação, as quais vêm sendo cumpridas em diversas regiões do país (Brasil, 2014).

Segundo Arruda *et al.* (2015), as principais características propostas pelas RASs são a formação de relações horizontais entre os diversos pontos do cuidado; ter como centro de comunicação a atenção básica; centralidade nas necessidades de saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional e compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sendo assim, há um entendimento de que os sistemas organizados em redes de atenção resultam em diversos benefícios, como a melhoria da qualidade da atenção, maior efetivação da integralidade, redução de custos com os serviços, além do aumento da satisfação dos usuários (SANTOS; ANDRADE, 2011; SILVA, 2011).

A formação da RAS surge em contraposição aos sistemas fragmentados. Estes são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, onde os profissionais trabalham de forma isolada que, por sua vez, não são capazes de prestar uma atenção contínua à população. Neles, a atenção básica não se comunica fluidamente com a atenção

especializada e esses dois níveis não se comunicam com a atenção hospitalar e nem com os sistemas de apoio (ARRUDA *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2017).

Segundo Mendes (2010), esses sistemas são caracterizados pela organização em forma hierárquica, inexistência da continuidade do cuidado, foco nas condições agudas, passividade do usuário do sistema de saúde, ação reativa a demanda, ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras, modelo de atenção sem estratificação dos riscos, atenção centrada no cuidado profissional e financiamento por procedimentos.

Conforme a Portaria Federal nº 4.279 de 2010, a organização da RAS exige a definição de região de saúde. Esta implica na definição de seus limites geográficos e sua respectiva população além do estabelecimento do rol de ações e serviços disponíveis ou que serão ofertados nesta região de saúde. Além da definição de região de saúde, outros dois elementos essenciais para constituição da RAS são: estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

1.2.1. Estrutura Operacional

A estrutura operacional constitui-se pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam os diferentes nós. É composta pelos pontos de atenção (atenção básica, especializada e hospitalar); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e a gerência da rede (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Dentre os pontos de atenção, a atenção básica é a porta de entrada e ordenadora do cuidado, devendo ser capaz de atender de forma resolutiva grande parte das necessidades da população. A atenção especializada e hospitalar representam os pontos de apoio à atenção básica, atendendo, assim, a todas as necessidades do usuário no sistema.

Os sistemas de apoio são serviços que atendem todos os pontos da rede. São as unidades de diagnóstico (exames de imagem, medicina nuclear, patologia clínica, entre outros), de assistência farmacêutica (todos os processos envolvendo medicamentos) e dos sistemas de informação (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informações, garantindo organização dos fluxos e contrafluxos de informações nas redes de atenção. Seus principais componentes são o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção a saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

O último componente da estrutura operacional é a gerência da rede. Esta representa o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RASs, gerando a necessidade de cooperação entre os atores sociais envolvidos, assim como a interdependência entre eles para melhoria da eficácia e efetividade do sistema. A gerência da rede deverá ter uma missão e uma visão clara na organização das redes de atenção à saúde; definir objetivos e metas; articular as políticas institucionais para o cumprimento das metas e objetivos além de desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores de unidades da rede (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

1.2.2. Modelo de Atenção à Saúde

Segundo a Portaria Federal nº 4.279 de 2010, o modelo de atenção definido na regulamentação do Sistema Único de Saúde preconiza uma contraposição ao modelo atual – centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na descompensação das doenças crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial e que considere as vulnerabilidades e necessidades da população.

1.3. LINHAS DE CUIDADO E A IMPLEMENTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A implementação das linhas de cuidado é uma das estratégias de enfrentamento das doenças crônicas de maior relevância epidemiológica em uma dada região (MALTA e MERHY, 2010).

Conforme a Portaria 4.279 de 2010, as linhas de cuidado representam uma forma de articulação de recursos, saberes e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas entre os diversos pontos da atenção à saúde de uma dada região para a condução oportuna, ágil e singular das necessidades da população.

Trata-se de uma estratégia fundamental para organizar, qualificar as redes de atenção à saúde, onde o cuidado é ordenado pela atenção básica.

O desenho da linha de cuidado se dá a partir de redes micro e macroinstitucionais, em processos dinâmicos, nos quais está voltado ao fluxo de assistência ao usuário (MERHY e CECÍLIO, 2003).

A perspectiva microinstitucional compreende a responsabilização dos profissionais e do sistema de saúde pelo cuidado do indivíduo, a elaboração de um projeto terapêutico adequado a cada usuário, respeitando sua singularidade (MALTA e MERHY, 2003; MALTA e MERHY, 2010).

No caminho de políticas macroinstitucionais, a linha de cuidado passa a ser desenhada também no campo da gestão, articulando intervenção nos determinantes sociais, em medidas de regulação e legislação, planejando o uso tecnologias e instrumentos capazes de impactarem o processo saúde-doença (MALTA e MERHY, 2010).

A integração entre os pontos de atenção à saúde e o fortalecimento da rede são essenciais para o acesso e resolutividade. Nesse campo, as linhas de cuidado ganham espaço e importância, onde colocá-las operando é uma inovação nas propostas assistenciais do SUS (FRANCO e MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; MALTA e MERHY, 2010).

Segundo Franco e Magalhães Júnior (2004), as linhas devem partir de um grande acordo assistencial que garanta:

- Disponibilidade de recursos que devem alimentar as linhas de cuidado, especialmente a ampliação da oferta pontual da atenção especializada e de regulação pública de toda a rede prestadora do SUS;

- Fluxos assistenciais centrados no usuário, facilitando seu fluxo pela rede;
- Instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Garantia de contrarreferência para a atenção básica, onde deve-se dar o vínculo e acompanhamento permanente da clientela sob cuidados da rede assistencial;
- Determinação de que a equipe da atenção básica é a responsável pela gestão do projeto terapêutico que será executada na linha de cuidado, garantindo um acompanhamento seguro do usuário;
- Gestão colegiada envolvendo os diversos atores que controlam recursos assistenciais e;
- Busca da garantia da intersetorialidade como política estruturante na intervenção positiva dos processos de saúde e doença.

Nesse contexto é preciso que o ponto de atenção especializada não seja utilizado exclusivamente para o atendimento individual, sendo também um ponto de apoio para a atenção básica (PASSOS *et al.* 2014).

1.4. APOIO MATRICIAL

O apoio matricial ou simplesmente matriciamento em saúde “objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa” (CUNHA e CAMPOS, 2011). Assim, um especialista em determinado ponto da atenção apoia profissionais de outros pontos, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação (CUNHA e CAMPOS, 2011).

O matriciamento constitui-se na comunhão de saberes e práticas entre os trabalhadores em saúde na construção de projetos terapêuticos voltados para a singularidade dos usuários (JORGE *et al.*, 2012).

Essa prática surgiu em contraposição à política de interconsulta, ao sistema de referência e contrarreferência, mediante mecanismos de personalização, diálogo,

decisão compartilhada, responsabilização e compromissos entre as equipes da atenção básica e os profissionais apoiadores especialistas (CAMPOS, 1999; CASTRO e CAMPOS, 2016).

O termo apoio refere-se a uma metodologia para ordenar a relação entre os profissionais não mais com base na autoridade (hierarquia), e sim com base em procedimentos dialógicos (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Já o termo matricial indica a possibilidade de que ambas as equipes mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical (CAMPOS, 1996).

Na horizontalização decorrente do matriciamento, os serviços de saúde são estruturados em equipes de referência e equipe de apoio matricial. A equipe ou profissionais de referência são aqueles que têm a “responsabilidade pela coordenação do cuidado e a condução de um caso individual, familiar ou comunitário”, devendo funcionar com população adscrita. Já as equipes de apoio matricial são compostas por especialistas que possuem núcleos de conhecimento e perfis distintos daqueles dos profissionais de referência, mas que podem agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva da atenção básica. Isso pode evitar que o paciente caminhe por diversos pontos da rede sem que as possibilidades na atenção básica sejam utilizadas até a escassez (CAMPOS, 1999; CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Segundo Campos e Domitti (2007), o contato entre as equipes de referência e apoiadores é estabelecido de duas formas:

1. Por meio de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – em que se discutiriam casos clínicos selecionados pela equipe de referência, elaboração de projetos terapêuticos, pactuação de linhas de intervenção e também diálogo/capacitação sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema;
2. Suporte aos casos imprevistos e urgentes que não pudessem esperar a reunião regular, utilizando meios diretos de comunicação. Sempre levando em consideração a pactuação de diretrizes de risco e de acesso aos especialistas apoiadores.

A utilização do apoio matricial como forma de articulação entre a atenção básica e a especializada pode trazer aspectos positivos às RASs, tais como: construção coletiva de saberes e melhor comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores por meio do fortalecimento da rede de saúde; corresponsabilização do

cuidado; superação de práticas hospitalocêntricas; valorização dos diversos profissionais que compõem as equipes de saúde; aumento da resolutividade das equipes da atenção básica; diminuição do número de encaminhamentos desnecessários; fortalecimento do vínculo entre os profissionais; relação interprofissional de forma mais horizontal e aproximação dos serviços do território (ONOCKO-CAMPOS, *et. al.*, 2012; SILVEIRA, 2012; PENA *et al.*, 2012; PINTO *et al.*, 2012; MACHADO e CAMATTA, 2013).

Segundo Campos e Domitti (2007), Dimenstein *et al.* (2009), Onocko-Campos *et al.* (2012), Silveira (2012), Azevedo *et al.* (2013) e Machado e Camatta (2013); a implementação da estratégia de apoio matricial pode enfrentar obstáculos e impasses. Dentre eles:

- ✓ Estruturais, que estão contidos na própria maneira como as organizações de saúde vêm se estruturando e que impedem a implantação de equipe interdisciplinar e sistemas de cogestão;
- ✓ Obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos, ligados à implantação parcial do SUS;
- ✓ Políticos e de comunicação, ligados à tradição das organizações de saúde funcionarem com concentração de poder em certos profissionais e ausência de espaços coletivos para exercitar a gestão colegiada;
- ✓ Subjetivo e cultural, ligados ao fato de que a subjetividade dominante nas instituições contemporâneas é pautada pela concorrência exacerbada, que induz posturas cristalizadas e um alto grau de desconfiança em relação ao outro;
- ✓ Ético, se o método de trabalho com base em equipe de referência e apoio matricial busca definir de maneira precisa a responsabilidade sanitária, ao mesmo tempo, complica-se o tema da privacidade e do segredo sobre a história do paciente, da família ou de grupos comunitários;
- ✓ Epistemológico, que pressupõe a necessidade de algum grau de adesão dos profissionais a incluir um novo paradigma que pense o processo saúde-doença e intervenção de modo mais complexo e dinâmico, não filiado a nenhuma racionalidade exclusiva;
- ✓ Fragilidade da rede de saúde, que compromete o diálogo entre os atores envolvidos no processo de cuidado;
- ✓ Capacitação precária ou inexistente dos profissionais de saúde;

- ✓ Encaminhamento indiscriminado ao especialista sem preocupação com a longitudinalidade do cuidado e;
- ✓ Resistência dos profissionais, proveniente do desconhecimento da proposta, sobrecarga de trabalho – “mais uma atividade a cumprir” – ou pelo elo à lógica assistencial ambulatorial (referência e contrarreferência).

O trabalho em rede e o exercício do apoio matricial compreendem 3 conceitos importantes, sendo eles (CAMPOS, *et al.*, 2017):

1. Metodologia para o apoio matricial: Nada mais é do que um aporte teórico e metodológico considerado efetivo para a realização do trabalho em equipe e em rede. Raramente, contudo, o modo de realização do matriciamento considerado ideal será aplicado integralmente e sem modificações, sendo necessário alterá-lo em virtude da variabilidade das situações singulares de cada território;
2. Caso singular em apoio matricial: O objeto concreto do trabalho interprofissional é sempre um caso, isto é, um problema de saúde que atinge uma ou mais pessoas, onde caso é aquilo que exige a aplicação concreta da metodologia recomendada a um problema específico de saúde em um contexto institucional particular;
3. Estratégia de promoção à saúde e projeto terapêutico em situação de apoio: As discussões de um caso entre as equipes de referência e apoio geram um projeto terapêutico singular. Este leva em consideração as necessidades de saúde do usuário, suas subjetividades e singularidades. Entretanto, pode-se identificar casos semelhantes em um determinado ambiente. Estas situações podem requerer, a partir de um trabalho intersetorial, ações de promoção à saúde dentro de um espaço coletivo.

No Brasil, as atividades de matriciamento à atenção básica estão sendo ampliadas, seja por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou pelas equipes da atenção especializada.

Segundo Sobrinho *et al.* (2014), estados/regiões mais desenvolvidas possuem graus elevados de implementação do matriciamento em relação às regiões menos desenvolvidas. Existem associações importantes entre o grau de apoio matricial ofertado às equipes de saúde da família (EqSF) e os resultados obtidos na certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) nas áreas de saúde da mulher e criança, diabetes/hipertensão e saúde

mental, onde as atividades que mais contribuíram para melhor certificação foram as que exigem alta interação entre as equipes de referência e apoiadores, sendo elas: educação permanente, construção conjunta, ações clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território (SOBRINHO *et al.*, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde é dividida em 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Estas são subdivididas em Distritos de Saúde. O Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, situado na CRS Norte do município de São Paulo (mapa disponível no apêndice A) possui, em sua área de abrangência, 417.685 habitantes (SEADE, 2017). O SUS na região conta com 16 unidades básicas de saúde, 2 unidades da atenção especializada (1 ambulatório de especialidades e um hospital dia da Rede Hora Certa), 3 centros de atenção psicossocial (CAPS) e 1 hospital geral; formando, assim, a rede de atenção na região.

Das 16 unidades básicas de saúde no território, 5 seguem o modelo tradicional, 2 operam com parte no modelo de Estratégia de Saúde da Família e parte do tradicional e 9 seguem o modelo de Estratégia de Saúde da Família.

As unidades de atenção especializada da microrregião são referências da atenção básica para: angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia e urologia.

A estratégia das Redes de Atenção a Saúde tem como um dos objetivos a promoção da integração das diferentes modalidades de atenção, da prevenção, da assistência e reabilitação visando a atenção contínua, integral, humanizada, equitativa, com eficiência e eficácia da gestão clínica, regulação do acesso e uso racional de recursos.

O cuidado é coordenado pela atenção básica, onde usuários com agravos a saúde de maior complexidade são encaminhados para a especialidade por meio de agendamento pelo Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde (SIGA) – sistema público informatizado utilizado pelas unidades de saúde do município de São Paulo.

Segundo o boletim do Centro de Informação e Epidemiologia de São Paulo (2017), no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia o coeficiente de mortalidade do diabetes *mellitus* é igual a 26 casos para cada 100 mil habitantes, ocupando a 3º colocação das causas de óbito. As doenças isquêmicas do coração e as doenças cérebro-vasculares ocupam a 1ª e 2ª posição, respectivamente. Já no

município de São Paulo o coeficiente de mortalidade do diabetes *mellitus* é igual a 17,9 casos para cada 100 mil habitantes, ocupando a quarta colocação entre as principais causas de óbito sendo a 1ª as doenças isquêmicas do coração, a 2ª as doenças cérebro-vasculares e a 3ª câncer de mama feminino.

Ainda segundo o boletim do Centro de Informação e Epidemiologia (2017), no ano de 2016 foram realizadas 820.985 consultas médicas no Distrito de Saúde, sendo que 392.240 (47,78 %) dos atendimentos foram realizados na atenção básica, 286.290 (34,87 %) nas unidades de urgência e emergência e 142.455 (17,35 %) na atenção especializada.

O protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus* do município de São Paulo (disponível no apêndice B) prevê que os pacientes devem ser encaminhados para os serviços de média e alta complexidade nas condições de diabetes *mellitus* tipo 2 em uso de uma dose ou mais de insulina, sem controle glicêmico adequado; diabetes *mellitus* tipo 1 e/ou gestantes com diabetes *mellitus* prévio ou gestacional (SÃO PAULO, 2015). Entretanto, no dia a dia das equipes da atenção especializada é recorrente o atendimento a usuários em uso exclusivo de hipoglicemiantes orais contradizendo, assim, o protocolo da linha de cuidado adotada pelo município.

O coeficiente de mortalidade na região associado a alta demanda nos serviços de urgência e emergência e a prática de encaminhamentos de pacientes não contemplados no protocolo de acesso da especialidade de endocrinologia podem indicar que o cuidado dos pacientes portadores de diabetes *mellitus* possui baixa eficácia, sendo desfecho de um cenário de fatores abaixo relacionados:

1. Alta rotatividade dos profissionais da atenção básica, onde a saída de profissionais gera necessidade de reposição. Entretanto, os novos trabalhadores começam a atuar sem capacitação prévia, corroborando, assim, para práticas desalinhadas ao preconizado nos protocolos clínicos e de acesso;
2. Profissionais da atenção especializada com agendas programadas exclusivamente para atendimentos individuais. Não há uma programação nas agendas para a atenção integral do caso que, muitas vezes, exige uma abordagem multiprofissional com diversas tecnologias de cuidado;
3. Comunicação ineficiente entre os pontos de atenção, gerando, assim, encaminhamentos às especialidades para avaliação e maior elucidação diagnóstica, aumentando a demanda à atenção especializada. Essa mesma

ineficiência na comunicação propicia dificuldades no processo de contrafluxo da atenção especializada à atenção básica;

4. Fragmentação da gestão dentro a organização municipal, o que gera dificuldade na elaboração de ferramentas inovadoras que propicie apoio das unidades de maior densidade tecnológica para a atenção básica.

As práticas em operação nas unidades da atenção básica e atenção especializada, associados aos fatores supracitados, geram filas de espera numerosas e em desacordo à linha de cuidado do diabetes *mellitus*, além de longo tempo de espera para atendimento da demanda pelos profissionais das unidades especializadas.

Recentemente, foram publicadas as diretrizes operacionais da atenção especializada ambulatorial e, a partir de então, há a possibilidade de definição de uma carga horária na jornada de trabalho para novas estratégias de apoio às equipes da atenção básica (São Paulo, 2016).

Desde sua concepção, as discussões sobre o apoio matricial se deram principalmente em 3 categorias, sendo elas: consolidação do conceito, revisão e pesquisas empíricas envolvendo o conceito de apoio matricial (CASTRO e CAMPOS, 2016). Entretanto, são escassos os estudos voltados para analisar o impacto da implementação desse dispositivo nos serviços de saúde e no fortalecimento das RASs.

Assim, o princípio da integralidade do SUS será apreendido como objeto problema dessa pesquisa por meio de intervenção de apoio matricial da atenção especializada à atenção básica, utilizando-se como traçador o diabetes *mellitus*.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Implementar e analisar o impacto do apoio matricial da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA) à atenção básica na especialidade de endocrinologia, com foco na linha de cuidado do diabetes *mellitus*, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e analisar o fluxo dos pacientes de diabetes *mellitus* encaminhados da atenção básica à rede de atenção especializada ambulatorial;
- Identificar as unidades básicas de saúde responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de endocrinologia;
- Formular e implementar o apoio matricial à atenção básica pelas equipes da rede de atenção especializada na linha de cuidado do diabetes *mellitus*;
- Avaliar se a implementação do apoio matricial das equipes da RAEA à atenção básica na linha de cuidado de diabetes *mellitus* resultou na redução de encaminhamentos desnecessários à especialidade de endocrinologia.

4. MÉTODO

4.1. DESENHO DO ESTUDO E ASPECTOS METODOLÓGICOS

É possível considerar que há um grande conhecimento na literatura no sentido de tratamento de pacientes portadores de diabetes *mellitus*, entretanto podemos nos perguntar o porquê do diabetes *mellitus* estar entre as principais causas de óbito no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia e no município de São Paulo.

Sabemos que há grandes problemas na adesão ao tratamento por parte desses pacientes. Para tanto, outra questão seria como melhorar a adesão dos usuários diabéticos ao tratamento?

Por último, há um protocolo de acesso à especialidade de endocrinologia instituída no município de São Paulo, assim como orientações técnicas para o acompanhamento adequado de pacientes diabéticos. Entretanto, como tornar atenção básica mais resolutiva, reduzindo a proporção de encaminhamentos desnecessários à média complexidade? Soluções para questões como essa podem ser obtidas por meio das pesquisas de implementação.

As pesquisas de implementação ou *implementation research* (IR, sigla em inglês) podem não estar voltadas para o descobrimento de novos produtos de saúde ou provar a segurança ou eficácia de intervenções clínicas (PETERS *et al.*, 2013). Pelo contrário, buscam melhorar o desempenho dos sistemas de saúde mediante estudos sistemáticos e/ou o desenvolvimento de estratégias e processos de implementação de intervenções, serviços ou programas de saúde que possuem evidência de efetividade (ESTAVA-SCHMALBACH *et al.*, 2017; GILSON, 2012). Assim, as pesquisas de implementação podem ser direcionadas a questões de compreensão de fatores que dificultam ou facilitam o acesso a intervenções sanitárias, desenvolvimento de ações que buscam solucionar obstáculos na implementação de políticas e a identificação do melhor modo para introduzir intervenções nos sistemas de saúde (PETERS *et al.*, 2013). Buscam, portanto, solucionar o “gap” entre o

conhecimento e a ação efetiva desse conhecimento por meio dos diferentes tipos de estudo existentes, sejam eles qualitativos, quantitativos ou mistos.

O presente estudo se trata de uma pesquisa de implementação, onde fora utilizado uma triangulação de métodos para formular e implementar uma intervenção que contemplasse as necessidades do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia a partir da identificação da situação-problema, usando como ferramenta, o apoio matricial.

No âmbito da metodologia quantitativa foram realizados pré e pós-testes em relação a implementação da intervenção. Já no âmbito qualitativo a pesquisa foi desenvolvida por meio do método da pesquisa-ação.

Na abordagem qualitativa o pesquisador busca aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada, sem a preocupação da representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (TERENCE e ESCRIVÃO FILHO, 2006).

Segundo Thiollent (2011), o método da pesquisa-ação busca realizar uma pesquisa social de base empírica concebida e realizada com a associação de uma ação a resolução de um problema coletivo. Esse método permite a participação ativa dos sujeitos - pesquisadores e participantes - inseridos na prática da situação-problema.

Para Thiollent (2011), na pesquisa-ação:

- Há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada. Desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- Há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores envolvidos;
- A pesquisa não se limita a uma forma de ação: pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o nível de consciência das pessoas e grupos considerados.

Os estudos que utilizam o método da pesquisa-ação se iniciam pela fase exploratória ou diagnóstica. Esta consiste na formulação do projeto pelo pesquisador,

na identificação do campo de pesquisa e da viabilidade de uma intervenção por meio de um levantamento inicial da situação e dos problemas prioritários a serem investigados, assim como das eventuais ações para solucioná-los (THIOLENT, 2011).

Essa fase é finalizada quando os dados levantados são apresentados pelo pesquisador aos demais participantes, discutindo e avaliando o diagnóstico inicial da situação-problema identificada, propiciando, assim, sensibilização dos participantes quanto aos objetivos da pesquisa. O método da pesquisa-ação apenas pode ser aplicado quando pesquisadores e participantes compartilham as mesmas preocupações e objetivos frente a situação-problema (THIOLENT, 2011).

A fim de contextualizarmos nosso objeto de pesquisa, para além do que fora formulado nos capítulos anteriores, desenvolvemos um estudo em bases de dados secundários que apresentaremos a seguir.

4.2. FASE EXPLORATÓRIA

A fase exploratória desse estudo contemplou o levantamento de dados dos pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à atenção especializada pelas unidades básicas de saúde da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016 para a realização do primeiro seminário, cujo objetivo fora a sensibilização dos participantes e a identificação, em consenso, da situação-problema.

A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema Integrado de Gestão da Assistência (SIGA). Este é um sistema público informatizado utilizado pelas unidades de saúde do município de São Paulo, onde é possível realizar o agendamento de consultas, lançamento dos procedimentos, inserção de usuários em fila de espera de acordo com a prioridade, além da possibilidade de gerar relatórios de atendimentos.

Primeiramente, por meio do SIGA, foram identificados os usuários atendidos em primeira consulta na especialidade de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó (AE Freguesia do Ó) que foram encaminhados pelas

unidades básicas de saúde da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia nos anos de 2015 e 2016.

Após essa etapa, foi realizado levantamento dos prontuários desses usuários a fim de identificar os casos de diabetes *mellitus* dentre os pacientes atendidos na endocrinologia.

Para esse momento do estudo, foi construída uma planilha para coleta de dados no SIGA para o levantamento de informações: nome do paciente, número do cartão nacional do SUS (CNS) para identificação dos usuários atendidos na especialidade de endocrinologia; número do prontuário; data de solicitação na qual o médico clínico/generalista da UBS encaminhou o paciente; data do primeiro atendimento, isto é, a data da primeira consulta realizada pelo médico endocrinologista na atenção especializada e o nome da unidade solicitante, aquela UBS em que o paciente é acompanhado pela equipe de referência (ver apêndice C).

Nos prontuários dos pacientes constavam os formulários de referência/contrarreferência (encaminhamento) emitidos pelo médico clínico/generalista da UBS. Nestes encaminhamentos constavam as seguintes informações:

- ✓ Profissional solicitante: nome do médico clínico/generalista que encaminhou o paciente à especialidade. Com essa informação foi possível identificar se os encaminhamentos desnecessários à endocrinologia são pontuais de determinados profissionais;
- ✓ Hipótese diagnóstica/diagnóstico;
- ✓ Exames já realizados pelo paciente;
- ✓ Medicamentos em uso;
- ✓ Procedimentos realizados e;
- ✓ Motivo do encaminhamento com histórico clínico.

Por meio destas informações foi possível analisar a adequação ou não dos encaminhamentos segundo o protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus* adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Os dados secundários obtidos foram apresentados aos participantes no primeiro seminário, finalizando, assim, a fase exploratória.

4.3. LOCAIS DE ESTUDO E PARTICIPANTES

Na pesquisa-ação a população a ser investigada é sistematicamente selecionada por critérios de intencionalidade, em função da relevância que apresentam em relação à situação-problema (THIOLLENT, 2011).

Desta forma, os locais de estudo foram as 2 unidades básicas de saúde (sendo pelo menos uma do modelo tradicional – cujo modelo de atenção possui médicos clínico, pediatra e ginecologista-obstetra e não contempla agentes comunitários de saúde na equipe – e uma do modelo com estratégia saúde da família) responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de primeira consulta na especialidade de endocrinologia, nos anos de 2015 e 2016, e uma unidade da atenção especializada do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó/Brasilândia, sendo esta o Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó (AE Freguesia do Ó).

O AE Freguesia do Ó é uma unidade básica de saúde (atenção básica) e unidade especializada (média complexidade). Como UBS possui profissionais médicos clínicos, ginecologistas e obstetras, pediatras e psiquiatras. Estes profissionais podem encaminhar pacientes às diversas especialidades do próprio AE, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Os sujeitos de pesquisa ou participantes, denominação utilizada comumente na pesquisa-ação, foram os profissionais do AE Freguesia do Ó, sendo estes os médicos endocrinologistas, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico, psicólogo e assistente social. Já os participantes das unidades básicas de saúde selecionadas foram os coordenadores de unidade (gestor local), médicos generalistas/clínico e enfermeiros.

Segundo Thiollent (2011), no método da pesquisa-ação o objeto de investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social que elas ocupam e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nessa situação.

4.4. SEMINÁRIOS

Seguindo o desenho do estudo proposto para a pesquisa-ação, o segundo momento foi a realização de seminários, sendo estes espaços para a definição coletiva do objeto/problema e sua resolução.

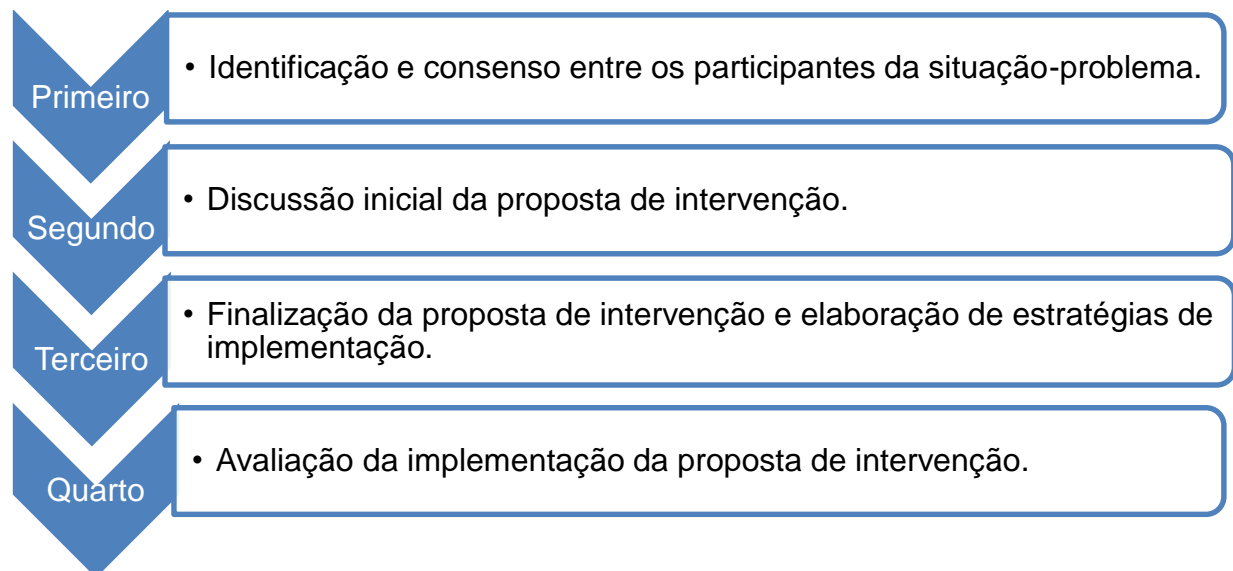
Os seminários centralizam as informações coletadas e permitem a discussão das diversas interpretações possíveis entre os participantes e especialistas. Suas reuniões geram atas, que possuem a função de reunir as informações dos seminários, enfatizando as ideias nelas contidas (THIOLLENT, 2011).

Em cada seminário realizado nesta pesquisa esteve presente, além dos participantes e do pesquisador principal, um relator cuja função exclusiva foi a de elaborar as atas. Estas são instrumentos de registro das decisões consensuadas.

As atas foram apreciadas e validadas por todos os participantes em cada seminário e foram arquivadas de modo adequado a uma fácil consulta.

Os temas abordados em cada seminário foram determinados de acordo com as ações necessárias para alcançar a formulação e implementação da intervenção. Na figura 1 estão descritos os temas principais abordados em cada seminário.

Figura 1- Principais temas abordados em cada seminário.



4.4.1. Primeiro Seminário

Durante o primeiro seminário foi apresentado aos participantes o projeto de pesquisa, além dos dados secundários coletados, tabulados e analisados, onde o objetivo desse primeiro encontro fora a identificação e o estabelecimento da situação-problema consensuada após discussão entre os participantes.

4.4.2. Segundo Seminário – Formulação da Intervenção

Após a finalização da fase diagnóstica, iniciou-se a constituição dos grupos que conduziram a investigação, assim como o conjunto de processos para as ações de intervenção. Assim sendo, no segundo seminário foram discutidas e desenhadas as possibilidades para enfrentamento a situação-problema identificada.

Como ponto de partida para a discussão com os participantes, foi apresentada uma proposta de intervenção elaborada pelo pesquisador.

4.4.3. Terceiro Seminário – Finalização e implementação da proposta de intervenção

O terceiro seminário foi pautado pela retomada dos pontos mais relevantes do seminário 2 e pela finalização da construção da proposta de intervenção de enfrentamento à situação-problema. Foram discutidas e desenhadas, também, estratégias de capacitação dos profissionais da atenção básica, assim como, material didático para a capacitação dos profissionais da atenção básica e de ferramentas que facilitem a comunicação entre as equipes das unidades básicas de saúde e as equipes da atenção especializada.

4.5. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Como passo previsto no desenho da pesquisa, conforme o método da pesquisa-ação, a avaliação da intervenção foi realizada por meio da análise comparada entre os dados coletados no momento pré e pós-intervenção, na qual envolveu a comparação da proporção de pacientes diabéticos encaminhados pelas unidades básicas de saúde incluídas no estudo, em desacordo com o protocolo de acesso, no momento anterior e posterior à implementação da intervenção.

Para tanto, precedeu-se a coleta de dados para avaliação da implantação/implementação do apoio matricial de forma similar à descrita para coleta de dados secundários da fase exploratória. Por meio do SIGA foram identificados os usuários, encaminhados pelas unidades básicas de saúde incluídas no estudo, e agendados em primeira consulta na especialidade de endocrinologia após à implementação do apoio matricial. Os dados coletados compreenderam os 3 meses subsequentes a implantação da estratégia de matriciamento, sendo de 01 de setembro a 30 de novembro de 2017. Assim como na coleta dados secundários da fase exploratória, foi utilizada a mesma planilha disponível no apêndice C para a coleta de dados secundários da fase de avaliação da intervenção.

Após essa etapa, foi realizado levantamento dos prontuários desses usuários para verificar se as condutas dos encaminhamentos estavam de acordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus*.

Os resultados gerados por essa coleta de dados foram comparados aos resultados obtidos na coleta de dados da fase exploratória e foram apresentados aos participantes no quarto e último seminário.

No quarto e último seminário, foi apresentada e discutida a avaliação da implementação das intervenções pactuadas e, após esse momento, foi discutida a possibilidade de expansão das intervenções para as demais especialidades e unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo por intermédio da Plataforma Brasil, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Todos os participantes da pesquisa formalizaram a participação no desenvolvimento do presente estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apêndice D –, de acordo com as diretrizes da Resolução Nacional nº 466 de 2012, sendo-lhes assegurado o sigilo das informações prestadas e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Os participantes selecionados da atenção especializada possuem relação hierárquica administrativa com o pesquisador principal. As propostas de implementação do apoio matricial levaram em consideração os saberes e práticas dos atores envolvidos.

Para Thiollent (2011), na pesquisa-ação há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada (participantes). Esta interação, nesse estudo, resultou na construção do apoio matricial da atenção especializada à atenção básica.

Os pontos e propostas levantados pelos participantes com relação hierárquica com o pesquisador foram prontamente respeitados, sem nenhum prejuízo em suas rotinas de trabalho, e discutidos com os demais participantes no sentido de construir a proposta com adequação a todos os atores envolvidos. Isso foi realizado a partir dos seminários onde o produto foi o consenso de todos os envolvidos.

4.7. FINANCIAMENTO

Este estudo foi selecionado e financiado pela linha de pesquisa de implementação da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde o

financiamento foi repassado ao coordenador do projeto de pesquisa por meio do Centro de Implementação no Brasil. Tal centro pertence ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. DA FASE EXPLORATÓRIA DA PESQUISA

No âmbito da saúde, o município de São Paulo é dividido em 6 coordenadorias regionais de saúde (CRS). Estas são subdivididas em distritos de saúde (DS). A CRS Norte, por sua vez, é composta pelos distritos de saúde Casa Verde / Cachoeirinha; Freguesia do Ó / Brasilândia; Pirituba / Perus; Santana / Jaçanã e Vila Maria / Vila Guilherme. O AE Freguesia do Ó pertence ao DS Freguesia do Ó / Brasilândia, assim como mais 16 unidades básicas de saúde.

A endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó, assim como as demais especialidades, pode receber pacientes encaminhados de qualquer unidade básica de saúde pertencente à CRS Norte.

Durante o período de 01/01/2015 a 31/12/2016 foram encaminhados pelas unidades básicas de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Norte e atendidos na endocrinologia do AE Freguesia do Ó 977 pacientes. Estes foram agrupados conforme Distrito de Saúde a qual pertence a unidade de saúde que encaminhou (tabela 1).

Tabela 1 - Pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó, por Distrito de Saúde da região Norte do Município de São Paulo, nos anos de 2015 e 2016.

Distrito de Saúde	Pacientes encaminhados (N)	%
DS Casa Verde / Cachoeirinha	258	26,41
DS Freguesia do Ó / Brasilândia	430	44,01
DS Pirituba / Perus	92	9,42
DS Santana / Jaçanã	118	12,08
DS Vila Maria / Vila Guilherme	79	8,08
TOTAL	977	100,00

Aproximadamente metade dos pacientes (44,01%) atendidos na especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó nos anos de 2015 e 2016 advinham de unidades de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia, região ao qual o ambulatório está localizado. Tal cenário era esperado, uma vez que as regulações locais das unidades básicas de saúde procuram agendar procedimentos de média complexidade em serviços públicos especializados localizados no distrito de saúde ao qual o paciente reside, mitigando, assim, possíveis barreiras geográficas de acesso. Para Unglert (1990), o acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do paciente e o serviço de saúde. Entretanto, é possível observar que a proporção de usuários advindos de outros distritos de saúde pertencentes à CRS Norte também é elevada. Isso pode ser atribuído ao fato de que grande parte dos pacientes foram agendados pelo *Call Center* Hora Certa e não pelas regulações locais das unidades básicas. Este *Call Center* é composto por uma equipe que realiza agendamentos em horários ociosos (principalmente em período noturno) de usuários em fila de espera, não respeitando, muitas vezes, condições geográficas de acesso ao serviço de saúde especializado. Essa equipe também executa atividade de contato telefônico com os pacientes a fim de comunicação de procedimentos agendados ou para atualização de dados cadastrais.

Dos 977 pacientes atendidos; 24,77 % (n = 242) não levaram formulário de referência / contrarreferência (encaminhamento médico), o que, em alguns casos, prejudicou o atendimento do profissional endocrinologista a ponto de inviabilizar até mesmo o levantamento da hipótese diagnóstica. Para esses pacientes as hipóteses diagnósticas foram aquelas consideradas pelo profissional endocrinologista em prontuário.

Após análise dos encaminhamentos e dos prontuários médicos, identificou-se que os principais motivos de encaminhamento à especialidade de endocrinologia são distúrbios da tireóide, diabetes *mellitus* e obesidade.

Na tabela 2, é possível observar a frequência de encaminhamentos à especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó pelas UBSs da Coordenadoria Regional de Saúde Norte (CRSN), nos anos de 2015 e 2016, segundo hipótese diagnóstica. O grupo de “distúrbios da tireóide” inclui hipotireoidismo, hipertireoidismo, nódulo tireoidiano, entre outros. O grupo “outros” inclui hipóteses diagnósticas como distúrbios do crescimento, hipoparatiroidismo, hiperprolactinemia e outras alterações

hormonais. Já o grupo “sem informações” inclui os pacientes que não possuíam encaminhamento médico com hipótese diagnóstica no momento da primeira consulta na endocrinologia e não tinham conhecimento do motivo de seu encaminhamento à especialidade, não sendo possível, portanto, identificação da hipótese diagnóstica pelo profissional endocrinologista no primeiro atendimento.

Tabela 2 - Pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia pelos Distritos de Saúde da CRS Norte após avaliação de prontuário nos anos de 2015 e 2016, segundo hipótese diagnóstica.

Hipótese diagnóstica	Pacientes encaminhados (N)	%
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1	8	0,82
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	303	31,01
Diabetes <i>mellitus</i> gestacional ou gestante com DM* prévio	8	0,82
Distúrbios da tireóide	370	37,87
Obesidade	196	20,07
Dislipidemias	18	1,84
Outros	57	5,83
Sem informações	17	1,74
TOTAL	977	100,00

Ao analisar apenas os pacientes de UBSs que pertencem ao DS Freguesia do Ó / Brasilândia e que foram encaminhados à especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó, pôde-se observar que os motivos de encaminhamentos com maiores frequências, na tabela abaixo, foram de diabetes *mellitus* tipo 2, seguidos dos distúrbios da tireóide e obesidade. Pôde-se observar, também, que não houve encaminhamentos de casos de diabetes *mellitus* tipo 1, gestacional ou gestantes com diabetes prévio pelas unidades de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia como um todo nos anos de 2015 e 2016.

Tabela 3 - Pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia pelas unidades de saúde pertencentes ao Distrito de Saúde Freguesia do Ó / Brasilândia nos anos de 2015 e 2016 após avaliação de prontuário, segundo hipótese diagnóstica.

Hipótese diagnóstica	Pacientes encaminhados (N)	%
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	159	36,98
Distúrbios da tireóide	141	32,79
Obesidade	94	21,86
Dislipidemias	10	2,32
Outros	15	3,49
Sem informações	11	2,56
TOTAL	430	100,00

Em relação ao encaminhamento médico (documento necessário para acesso à atenção especializada), dentre os 159 pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 mencionados acima, pôde-se observar que grande parte dos formulários de “referência – contrarreferência” continham poucas informações sobre exames progressos, medicamentos em uso e histórico clínico anterior dos pacientes, conforme figuras abaixo (figuras 2,3 e 4). Apenas 17,61 % dos encaminhamentos possuíam informações de exames de sangue já realizados. A falta de informações também pode ser observada quanto aos medicamentos em uso, onde 50,94 % dos encaminhamentos não continham qualquer informação, e quanto a história clínica pregressa do usuário, onde 62,26 % dos encaminhamentos possuíam poucas informações ou nenhuma informação clínica. A falta de informações relevantes nos encaminhamentos médicos associado a falta de conhecimento dos pacientes sobre seu próprio estado de saúde podem corroborar para eventuais atrasos na resolutividade dos problemas de saúde da população, uma vez que o profissional especialista deve iniciar uma busca do problema do usuário sem prévio direcionamento pela equipe de referência.

Foram considerados como históricos clínicos detalhados, os encaminhamentos que continham informações de hipótese diagnóstica, evolução da doença, período aproximado do diagnóstico. Encaminhamentos com informações de hipótese

diagnóstica e período aproximado do diagnóstico, apenas, foram agrupados na categoria “pouca informação”. Já encaminhamentos sem qualquer ou com apenas a informação de hipótese diagnóstica foram agrupados como “nenhuma informação”.

Figura 2 – Proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó pelas UBSs do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia nos anos de 2015 e 2016, segundo informações de exames realizados previamente no encaminhamento médico.

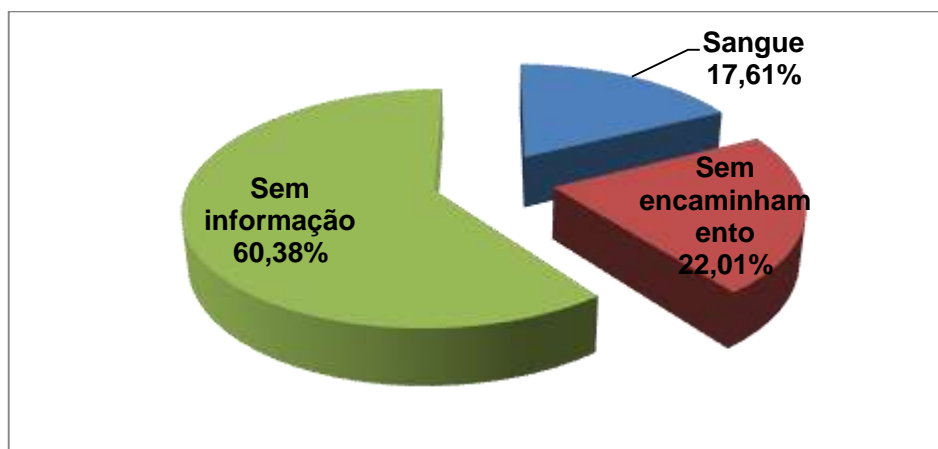


Figura 3 – Proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó pelas UBSs do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia, nos anos de 2015 e 2016, segundo informações de medicamentos em uso no encaminhamento médico.

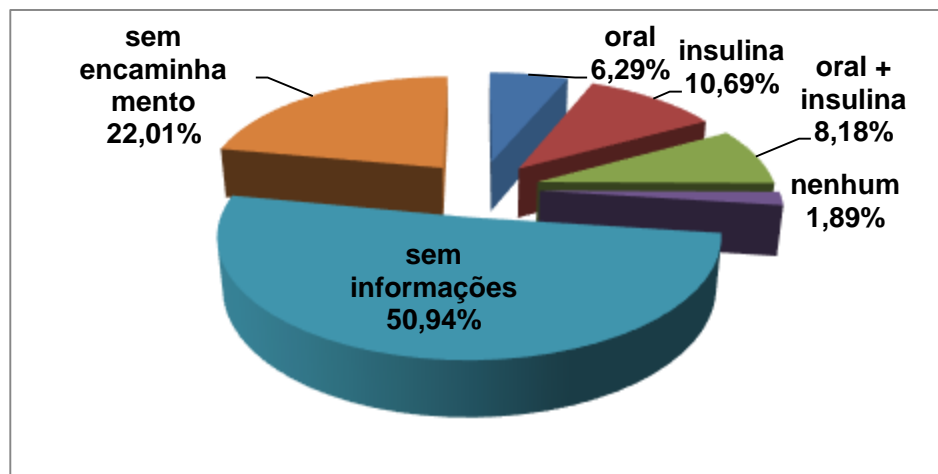
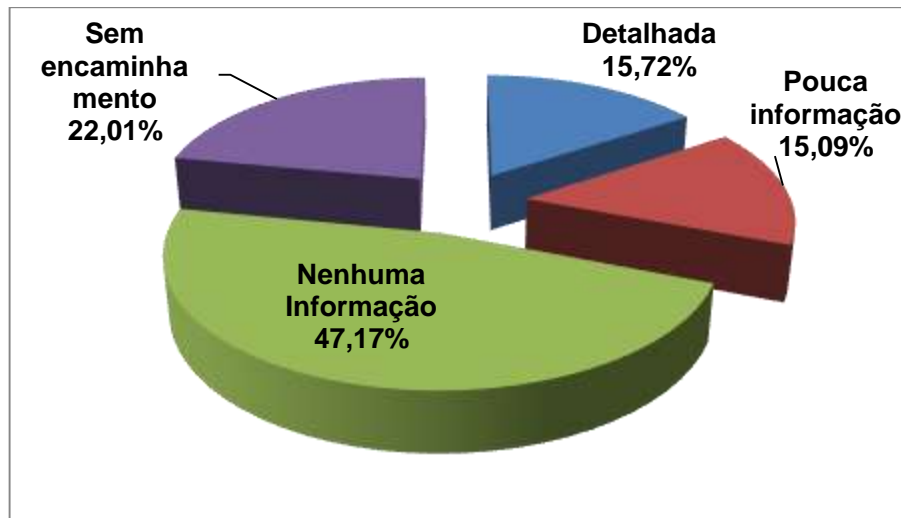


Figura 4 – Proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus*, com história clínica descrita no encaminhamento médico, referenciados à especialidade de

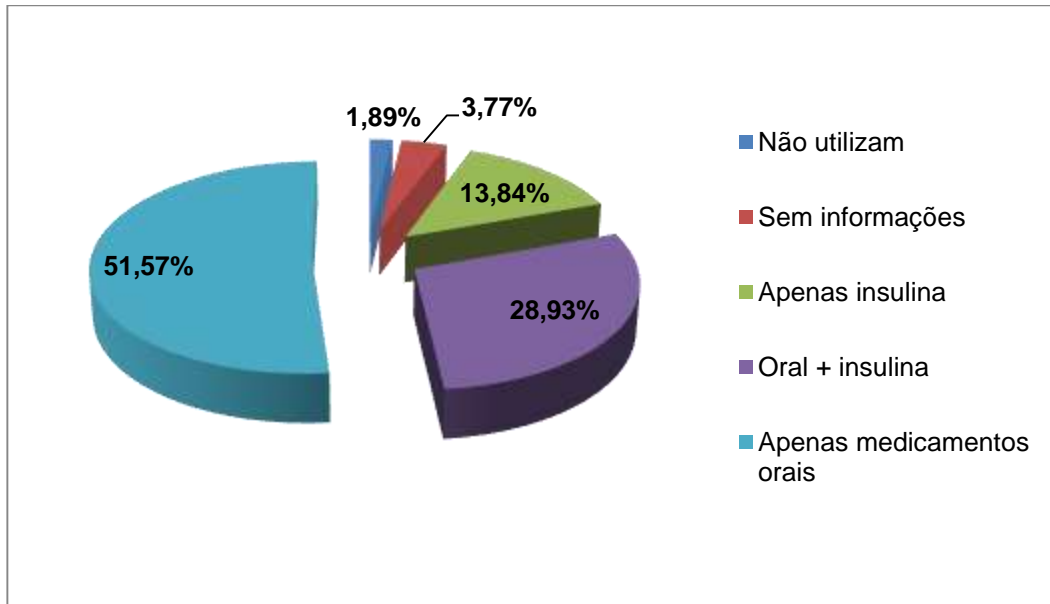
endocrinologia do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó pelas UBSs do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia, nos anos de 2015 e 2016.



Dentre os 159 pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 2 encaminhados à endocrinologia do AE Freguesia do Ó pelas UBSs do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia; 1,89 % (n=3) não utilizavam qualquer medicamento; 3,77 % (n=6) não continha qualquer informação em prontuário sobre o uso de medicamentos; 13,84 % (n=22) utilizavam apenas insulina em uma ou mais doses diárias; 28,93 % (n=46) utilizavam medicamentos orais em associação a uma ou mais doses diária de insulina e 51,57 % (n=82) utilizavam apenas medicamentos orais, o que contradiz a orientação do protocolo de acesso da linha de cuidado dessa doença crônica, ou seja, eram pacientes com indicação de acompanhamento exclusivo na atenção básica (Figura 5).

Figura 5 – Proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó pelas unidades básicas de

saúde do DS Freguesia do Ó / Brasilândia nos anos de 2015 e 2016, segundo tipo de medicamento em uso, após análise dos prontuários.



Na tabela 4 abaixo, é possível identificar as unidades de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia que encaminharam com maior frequência pacientes portadores de diabetes *mellitus* ao AE Freguesia do Ó, nos anos de 2015 e 2016.

As UBSs Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, Vila Penteadó, Vila Ramos, Jardim Paulistano, Jardim Icarai, Brasilândia, Vila Terezinha e Nova Esperança são unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), apenas (em preto na tabela 4). As UBSs Vila Palmeiras, Jardim Guanabara, Vila Progresso, Jardim Ladeira Rosa, Maria Cecília Ferro Donnângelo são unidades de saúde do modelo tradicional (em vermelho na tabela 4). As UBSs Jardim Vista Alegre e Jardim Carombé – Silmarya Rejane Marcolino Souza são unidades de saúde mistas, onde parte do território possui cobertura pela Estratégia Saúde da Família e parte do território segue o modelo tradicional (em azul na tabela 4). O CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó é um serviço especializado voltado para o acompanhamento de pacientes com doenças sexualmente transmissíveis (em verde na tabela 4). Já o serviço AE Freguesia do Ó (em laranja na tabela 4) é unidade básica de saúde (atenção básica modelo tradicional) e unidade especializada (média complexidade). Como UBS possui

profissionais médicos clínicos, ginecologistas e obstetras, pediatras e psiquiatras. Estes profissionais podem encaminhar pacientes às diversas especialidades do AE, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Considerando os critérios de seleção adotados para definição dos locais de estudo – UBSs que mais encaminharam pacientes portadores de diabetes *mellitus* à endocrinologia do AE Freguesia do Ó nos anos de 2015 e 2016, sendo pelo menos uma do modelo tradicional e uma do modelo com Estratégia Saúde da Família –, as que cumpriram com esses critério foram a UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (ESF) e a UBS Vila Palmeiras (modelo tradicional), conforme tabela 4.

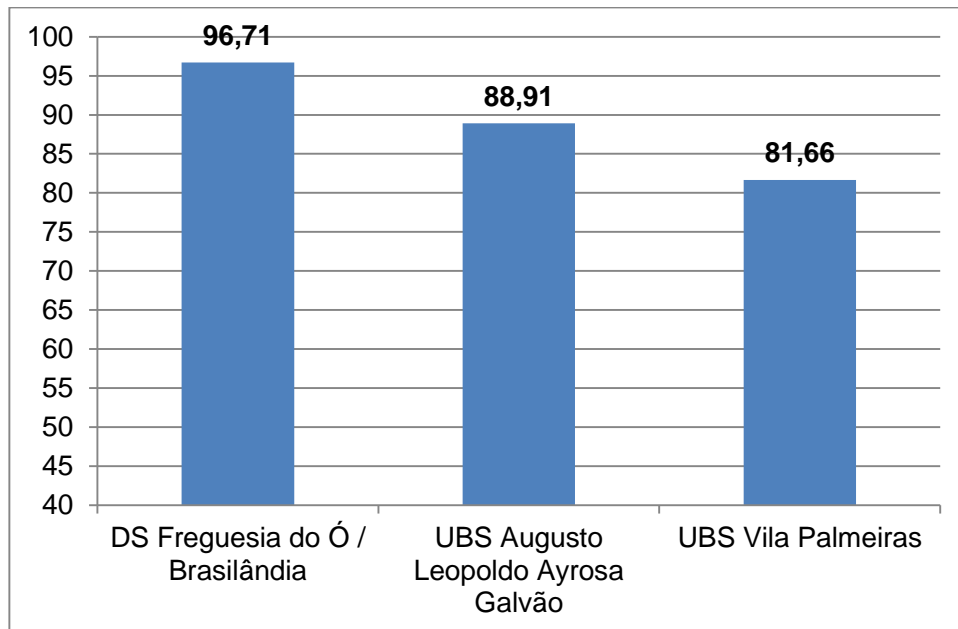
Tabela 4 – Frequência de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó, por unidade básica de saúde, nos anos de 2015 e 2016.

Unidade Básica de Saúde	Pacientes encaminhados (N)	%
Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão	34	21,38%
Vila Palmeiras	15	9,43%
Jardim Vista Alegre	13	8,18%
CR DST/AIDS Nossa Senhora do Ó	7	4,40%
Jardim Guanabara	10	6,29%
Vila Penteado	8	5,03%
Vila Ramos	10	6,29%
Jardim Paulistano	12	7,55%
Vila Progresso	4	2,52%
AE Freguesia do Ó	5	3,14%
Jardim Ladeira Rosa	8	5,03%
Jardim Icarai	9	5,66%
Brasilândia	3	1,89%
Maria Cecilia Ferro Donnangelo	5	3,14%
Vila Terezinha	6	3,77%
Cruz Das Almas	4	2,52%
Jardim Carombé - Silmarya Rejane Marcolino Souza	5	3,14%
Nova Esperança	1	0,63%
TOTAL	159	100,00

Pelo levantamento dos prontuários médicos e informações no sistema SIGA dos pacientes diabéticos encaminhados ao AE, no período de 01 de janeiro de 2015 a 31 de dezembro de 2016, o tempo médio de espera para acesso à especialidade de

endocrinologia para o conjunto de UBSs do DS Freguesia do Ó / Brasilândia foi de 96,71 dias. Já o tempo de espera para o acesso à especialidade, nesse mesmo período, foi de 88,91 dias para os pacientes encaminhados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e de 88,91 dias e para os usuários encaminhados pela UBS Vila Palmeiras (figura 6).

Figura 6 – Tempo médio de acesso, em dias, à especialidade de endocrinologia do AE Freguesia do Ó de pacientes portadores de diabetes *mellitus* nos anos de 2015 e 2016.



A diferença nos tempos médios de espera para acesso à especialidade de endocrinologia entre o conjunto de UBSs do DS Freguesia do Ó / Brasilândia e as UBSs Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Vila Palmeiras pode ser atribuída a fatores intrínsecos das regulações locais das 2 últimas unidades de saúde, onde regulações locais mais atentas buscam de vagas no sistema diversas vezes ao dia e, conseqüentemente, conseguem agendar pacientes em menor tempo às regulações de outros serviços do DS que realizam esse procedimento com menor frequência diária.

Segundo essa mesma fonte (análise de prontuários), dentre os 34 pacientes encaminhados nos anos de 2015 e 2016 pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão;

55,88 % (n = 19) foram encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso à especialidade de endocrinologia (pacientes diabéticos tipo 2 em uso exclusivo de medicamentos orais). Em relação a UBS Vila Palmeiras, dos 15 pacientes encaminhados nesse período; 80,00 % (n = 12) foram encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso.

5.2. A CONSTRUÇÃO COLETIVA DA PESQUISA

A partir da conclusão da fase exploratória, conforme referido na metodologia, os próximos momentos envolveram o desenvolvimento e implementação da intervenção com os diversos atores envolvidos na situação-problema, cujos resultados serão apresentados a seguir.

5.2.1. A Equipe

Os participantes do AE Freguesia do Ó incluídos no estudo foram 2 médicos endocrinologistas, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 1 psicólogo, 1 assistente social e 2 enfermeiros. Estes profissionais foram convidados devido às suas ativas ações no cuidado de pacientes portadores de diabetes *mellitus*.

Os participantes das unidades básicas de saúde incluídas no estudo foram 7 médicos generalistas, 1 médico clínico, 6 enfermeiros, 2 gestores locais (1 de cada UBS) e 2 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sendo 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro. Esses profissionais foram convidados devido às diferentes funções na atenção aos pacientes diabéticos. Os profissionais do NASF participaram apenas do 3º seminário, uma vez que este encontro fora realizado numa das UBSs selecionadas para o estudo e neste dia os profissionais do NASF estavam prestando apoio às equipes da unidade.

Nem todos os participantes estiveram presentes em todos os seminários devido as dinâmicas do trabalho no nível local, como férias ou o seminário ter ocorrido em dia que o profissional não estava escalado para trabalhar. Entretanto, tal fato não trouxe prejuízos ao estudo, uma vez que a composição do grupo manteve a representação dos diferentes atores envolvidos na atenção ao diabético (profissionais médicos, enfermeiros, farmacêutico, entre outros). Segundo Thiollent (2011), o objeto de investigação na pesquisa-ação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação. Assim, o grupo de participantes sofreu apenas 1 grande alteração, uma vez que 1 médico clínico (único profissional médico clínico da UBS Vila Palmeiras) entrou em licença médica prolongada após a realização do primeiro e não pôde ser substituído. Dois profissionais médicos generalistas da UBS com Estratégia Saúde da Família solicitaram demissão, todavia não ocasionou qualquer prejuízo no estudo, uma vez que participaram de todo o processo de formulação da intervenção (3 primeiros seminários) e suas vagas não foram repostas até o final do período de coleta de dados do momento de avaliação da intervenção.

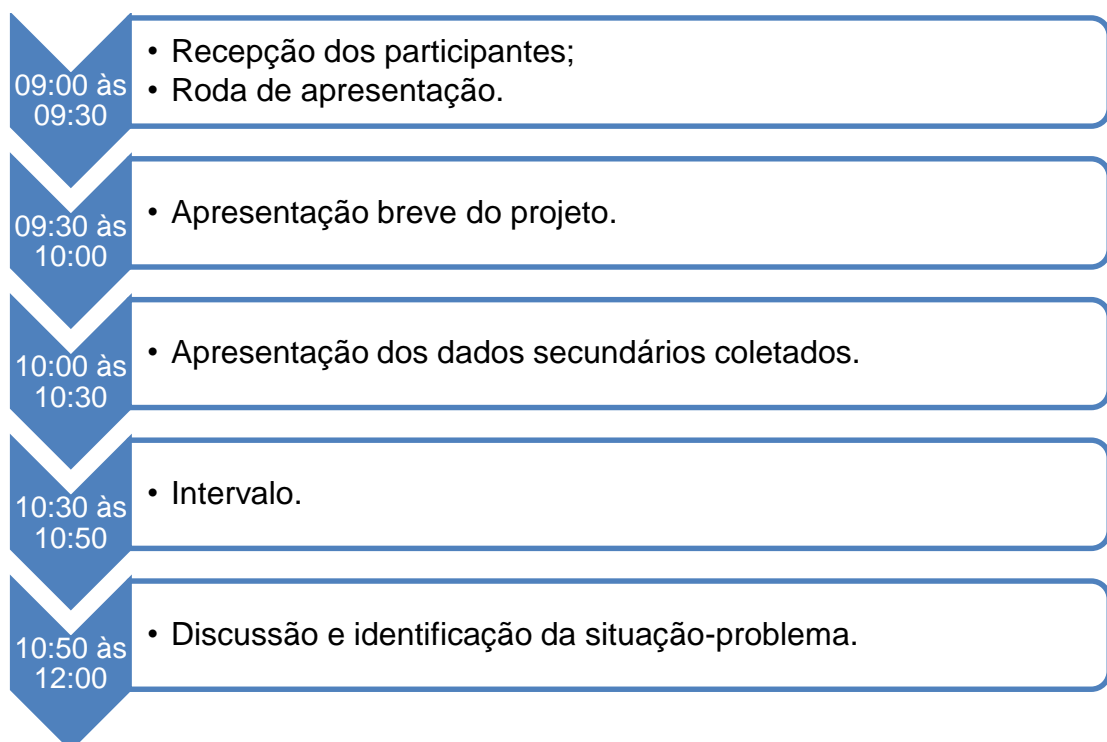
O projeto foi apresentado à direção do DS Freguesia do Ó / Brasilândia e aos seus interlocutores técnicos – equipe que presta apoio técnico em saúde bucal, saúde da mulher, saúde da família, suprimentos, saúde mental, saúde do idoso e apoio laboratorial. Estes profissionais se sensibilizaram e compartilharam da situação-problema, dando suporte ao prosseguimento do estudo no que se refere a composição da equipe. A diretora do distrito de saúde fez o primeiro contato com os gestores locais das unidades básicas de saúde selecionadas, onde o objetivo fora sensibilizá-los sobre a importância da realização do estudo. Após isso, o pesquisador fez contato com os coordenadores dessas unidades a fim de formalizar e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa.

Para inclusão dos participantes, foi desenvolvido um convite, disponível no apêndice E. Tais convites foram entregues diretamente aos profissionais do AE Freguesia do Ó e aos gestores locais das unidades básicas de saúde selecionadas, para que estes estendessem o convite aos demais profissionais de seus locais de trabalho.

5.2.2. O Problema

O objetivo do primeiro seminário foi a apresentação do objeto/problema dimensionado na coleta de dados secundários da fase exploratória. Este contou com a participação de 14 profissionais, dos quais 8 eram representantes da atenção especializada (2 médicos endocrinologistas, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 farmacêutico, 1 assistente social e 2 enfermeiros) e 6 eram representantes da atenção básica (1 médico clínico, 3 médicos generalistas, 1 coordenador de unidade de saúde e 1 enfermeiro). Esse encontro ocorreu em 05 de junho de 2017, na sala de reuniões do AE Freguesia do Ó, sendo organizado conforme o programa abaixo.

Figura 7 – Programa do primeiro seminário.



Após apresentação aos participantes, deu-se início às discussões, que, de acordo com as atas, destacaram-se os seguintes pontos:

- Longo tempo de espera para acessar a especialidade de endocrinologia, principalmente para pacientes portadores de diabetes *mellitus* tipo 1,

gestacional e tipo 2 com necessidade de introdução de esquemas complexos de insulinação;

- Falta de capacitação dos profissionais, principalmente quando começam a trabalhar no SUS;
- Necessidade de intervir na barreira cultural de pacientes, pois estes possuem predileção pelo acompanhamento com especialista e certa restrição em dar continuidade no acompanhamento apenas com a equipe de referência na unidade básica de saúde;
- Pouca comunicação entre os profissionais da atenção básica e os profissionais dos serviços de referência;
- Necessidade que os usuários acessem a especialidade com encaminhamento médico em mãos, onde estes devem conter no mínimo informações sobre exames já realizados, medicamentos em uso e histórico clínico detalhado;
- Necessidade de intervenção em relação a alta porcentagem de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à endocrinologia em contraposição ao protocolo de acesso da linha de cuidado.

A seguir ilustraremos alguns conteúdos selecionados da ata do primeiro seminário para ilustração da barreira cultural de pacientes e dos encaminhamentos de pacientes com pouco agravamento clínico:

“Diariamente, nós atendemos pacientes que solicitam encaminhamento para passar nas diversas especialidades”.

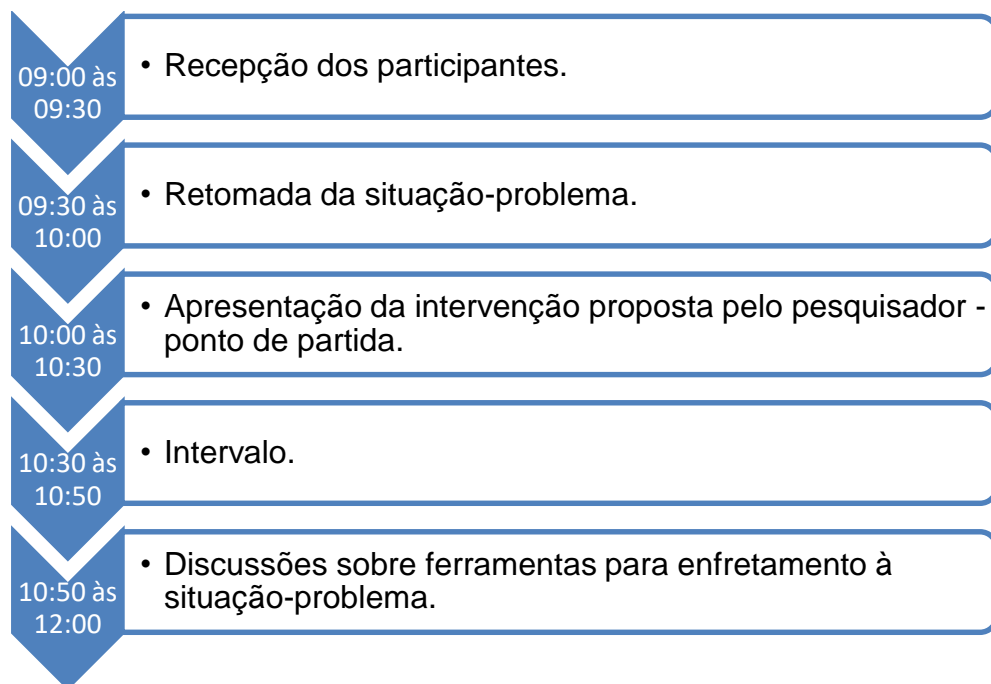
“Sinto que alguns profissionais sentem receio em tratar tireóide. O mesmo deve acontecer em alguns casos de diabetes”.

Sendo assim, a situação-problema foi caracterizada, em consenso com o grupo de participantes, por elevado tempo de espera para acesso à especialidade de endocrinologia, falha na comunicação entre os profissionais dos diversos serviços, falta de capacitação, barreira cultural dos pacientes, e alta proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia sem que todas as possibilidades fossem esgotadas na atenção básica.

5.2.3. A FORMULAÇÃO DA INTERVENÇÃO

No segundo seminário tivemos a participação de 16 profissionais, dos quais 7 eram representantes da atenção especializada (2 médicos endocrinologistas, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 farmacêutico, 1 assistente social e 1 enfermeiro) e 9 eram representantes da atenção básica (5 médicos generalistas, 1 coordenador de unidade de saúde e 3 enfermeiros). O encontro foi realizado em 26 de junho de 2017, na sala de reuniões do AE Freguesia do Ó, sendo organizado e conduzido pelo pesquisador conforme programa abaixo:

Figura 8 – Programa do segundo seminário.



No início do segundo seminário, a situação-problema caracterizada no encontro anterior fora retomada pelo pesquisador. Logo após, como ponto de partida para a discussão com os participantes, foi apresentada uma proposta de intervenção

elaborada pelo pesquisador. Esta era voltada para implementação do apoio matricial às UBSs e tinha 3 eixos de ação para a intervenção, sendo eles: capacitação, encontros periódicos e canais de comunicação.

O primeiro eixo indicava a capacitação de todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia; num encontro único, com todos os profissionais e com conteúdos sobre o diabetes *mellitus*: diagnóstico, tratamento inicial, momento de início da insulina, os momentos aos quais esses pacientes devem ser encaminhados à especialidade de endocrinologia e os mecanismos e instrumentos existentes na linha de cuidado de diabetes preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os encontros entre as equipes da atenção especializada e as equipes da atenção básica deveriam acontecer com periodicidade bimestral e, para isso, as agendas de atendimento dos profissionais deveriam ser bloqueadas para que os encontros acontecessem.

O pesquisador propôs a adoção de canais de rápida comunicação para que as equipes da atenção básica e da atenção especializada pudessem discutir casos e sanar dúvidas que não poderiam aguardar o próximo encontro regular. Foi proposto aos participantes a criação de um aplicativo de celular/computador como meio para comunicação entre as equipes.

O grupo de participantes, em consenso, considerou de grande importância uma intervenção que contemplasse os 3 eixos apresentados pelo pesquisador, sendo eles capacitação dos profissionais, encontros periódicos e o estabelecimento de canais rápidos de comunicação. Entretanto, considerou que a elaboração de aplicativos para celulares/computadores não seriam mais eficazes que meios de comunicação de fácil acesso, como telefone e e-mail.

O consenso desse encontro compreendeu, conforme a ata:

- Necessidade de capacitação dos profissionais da rede;
- Barreira cultural (componente presente na situação-problema) deve ser enfrentada no dia-a-dia pelos profissionais da atenção básica e dos serviços especializados;
- Necessidade de encontros periódicos para discussão de casos e nova capacitação entre os profissionais da atenção básica e da atenção especializada;

- Disponibilização de canais rápidos de comunicação entre os profissionais da atenção básica e os especialistas, podendo ser por telefone e/ou e-mails.

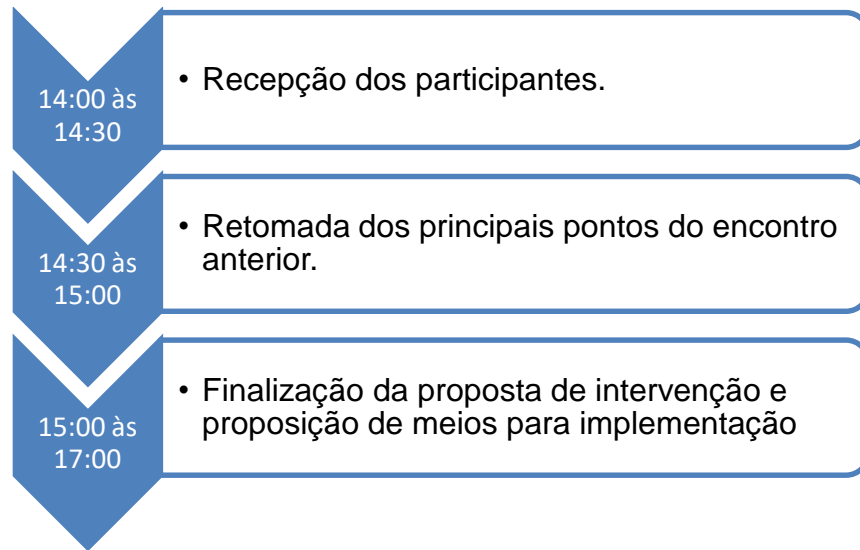
Segundo o registro em ata, selecionamos alguns excertos que refletem a posição do grupo em relação a necessidade de capacitação dos profissionais e quanto ao enfretamento da barreira cultural dos pacientes, que deve ser realizado no dia-a-dia de trabalho e não na formulação de novas estratégias:

“Acho importante a criação de algum tipo de capacitação para novos profissionais e que ela seja continuada”.

“... o trabalho de conscientização da população deve ocorrer no espaço de trabalho dos funcionários”.

O terceiro seminário, cujo objetivo foi finalizar a proposta de intervenção, contou com a participação de 19 profissionais, dos quais 5 eram representantes da atenção especializada (2 médicos endocrinologistas, 1 nutricionista, 1 farmacêutico e 1 assistente social) e 14 eram representantes da atenção básica (6 médicos generalistas, 2 coordenadores de unidade de saúde, 4 enfermeiros e 2 profissionais do NASF). Esse encontro foi realizado no dia 16 de agosto de 2017, na sala de reuniões da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, sendo organizado e conduzido pelo pesquisador conforme programa abaixo (figura 9).

Figura 9 – Programa do terceiro seminário.



Os produtos das discussões do encontro anterior foram retomados pelo pesquisador, dando início as discussões entre os participantes.

Após as discussões, a proposta de intervenção consensuada em ata foi:

- Capacitação dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde. Tal capacitação deve ocorrer dentro do espaço da UBS, nos encontros periódicos;
- Dado a complexidade das unidades básicas de saúde e do ambulatório de especialidades, os encontros entre os profissionais especialistas (endocrinologistas e nutricionista) com os profissionais das UBSs devem ser com periodicidade semestral. Esses encontros são espaços para discussão de casos e capacitação dos profissionais;
- As agendas dos profissionais endocrinologistas e nutricionista deverão ter bloqueios de vagas em todos os dias de atendimento, sendo que o horário gerado por esse bloqueio na agenda será disponibilizado para contato rápido entre os profissionais da atenção básicas e os especialistas;
- Os canais rápidos de comunicação entre as equipes das UBS e do AE adotados serão o telefone e o contato via e-mail;
- A comunicação com os médicos endocrinologistas poderá ser realizada de segundas-feiras e quintas-feiras, das 11:00 às 11:30 ou de segundas-feiras e quartas-feiras, das 15:00 às 15:30;

- A comunicação com a nutricionista poderá ser realizada de segunda-feira a sexta-feira, das 12:00 às 13:00.

Os trechos da ata a seguir ilustram a ideia inicial da periodicidade dos encontros com os especialistas e a necessidade dos canais de comunicação:

“Pensando na expansão para as outras unidades, acho que encontros semestrais com capacitação dentro desse espaço é viável para todas as equipes”.

“Meios de comunicação mais simples para discussão de casos são viáveis a todas as unidades de saúde. Acho que o telefone e e-mail são as melhores opções e que deveria ter uma linha telefônica exclusiva para o contato com o especialista devido ao alto congestionamento das linhas telefônicas das unidades”.

5.3. A IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Logo após a finalização do terceiro seminário, que contemplou a finalização da formulação da intervenção e o agendamento do primeiro encontro de apoio matricial especializado, foi realizada a primeira discussão periódica presencial na UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, sendo esta realizada no início de setembro de 2017 (primeiro dia útil do mês).

O primeiro encontro foi pautado pela capacitação dos profissionais da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, discussão de casos e consolidação dos canais de rápida comunicação.

5.3.1. Capacitação

O período entre o terceiro seminário e a realização do primeiro encontro regular entre as equipes foi pautado pela solicitação de demissão de 2 profissionais médicos generalistas da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Assim sendo, no momento da capacitação faltou a participação de 2 médicos generalistas, uma vez que esses postos de trabalho não foram repostos.

A capacitação foi realizada pela equipe do Ambulatório Freguesia do Ó (médico endocrinologista e nutricionista) aos profissionais da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Foi previsto a participação dos profissionais médicos generalistas (5 profissionais), enfermeiros (6 profissionais). Entretanto, no dia e horário da capacitação ocorreria um encontro entre as equipes da UBS e NASF. Sendo assim, os profissionais do NASF (6 profissionais) - que faz apoio à UBS para casos de reabilitação, saúde mental e saúde da criança - também participaram da capacitação.

O material didático para capacitação dos profissionais fora preparado pelos profissionais endocrinologistas e nutricionista do AE Freguesia do Ó, sendo ministrado numa roda de conversa dentro do espaço do primeiro encontro presencial do apoio matricial entre as equipes da UBS e do AE Freguesia do Ó. Os pontos abordados na capacitação foram:

- Diagnóstico do diabetes *mellitus* (tipo 1, tipo 2 e gestacional);
- Tratamento clínico do diabetes *mellitus*, com enfoque em qual momento deve ser iniciado o uso de insulina;
- Discussão sobre o protocolo de acesso, reforçando os casos que devem ser encaminhados à endocrinologia e os casos que devem ser acompanhados apenas na atenção básica;
- Contrarreferência de pacientes portadores de diabetes *mellitus* com indicação exclusiva de acompanhamento na atenção básica, conforme protocolo de acesso;
- Discussão de casos previamente separados pelo profissional endocrinologista;
- Ratificação dos canais de comunicação rápida (telefone e e-mail) e;
- Acompanhamento nutricional de pacientes portadores de diabetes *mellitus*. Este ponto foi discutido também com os agentes comunitários de saúde, cujo objetivo fora a multiplicação da informação aos pacientes.

A UBS Vila Palmeiras não foi capacitada, uma vez que o único profissional médico clínico esteve em licença médica prolongada durante o período de implementação da intervenção.

5.3.2. Canais de Comunicação

Os canais de comunicação rápida consensuados foram o telefone e e-mail. Assim, para contemplar esses dois fatores foram realizadas as seguintes ações:

- Disponibilização de linhas telefônicas nos consultórios de endocrinologia e nutrição;
- Aquisição e disponibilização de computadores para os referidos consultórios;
- Criação de um endereço eletrônico para contato, sendo este aefo.endocrinologia@gmail.com
- Inclusão de impedimentos nas agendas de endocrinologia e nutrição nos dias e horários destinados à comunicação rápida (segundas-feiras e quintas-feiras, das 11:00 às 11:30 ou segundas-feiras e quartas-feiras, das 15:00 às 15:30 para contato com a endocrinologia e, de segunda-feira a sexta-feira, das 12:00 às 13:00 para contato com a nutrição).

5.3.3. Expansão das Intervenções

A proposta de intervenção fora apresentada à diretora do DS Freguesia do Ó / Brasilândia após a finalização da elaboração e implementação. Esta gestora, devido a aceitação dessa nova ferramenta de trabalho pelas equipes da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e do AE Freguesia do Ó, realizou contato com todas as unidades básicas de saúde do DS a fim de divulgar a proposta do matriciamento

especializado, deixando a critério das unidades de saúde a possibilidade de serem apoiadas pela equipe do AE Freguesia do Ó, de acordo com suas necessidades locais. Assim, as intervenções propostas e implementadas foram expandidas às especialidades de dermatologia, neurologia, oftalmologia e ortopedia e às unidades básicas de saúde Brasilândia e Vila Ramos.

5.4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Após 3 meses da implementação da intervenção e realização da capacitação aos profissionais da UBS, foram encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados 44 pacientes pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e 17 pacientes pela UBS Vila Palmeiras. Esses pacientes foram analisados segundo hipótese diagnóstica, conforme figuras 10 e 11; respectivamente.

Figura 10 – Proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão após implementação da intervenção, segundo hipótese diagnóstica.

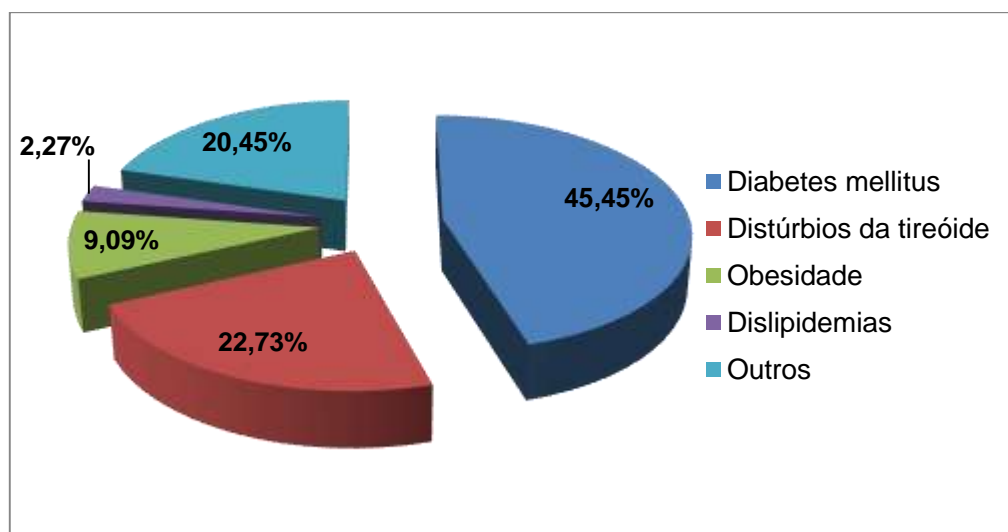
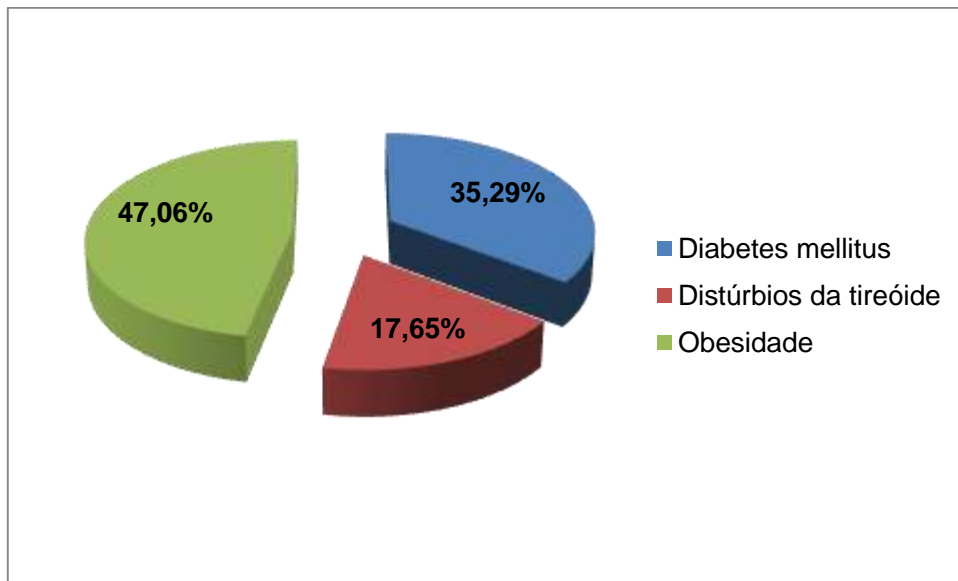


Figura 11 – Proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados pela UBS Vila Palmeiras após implementação da intervenção, segundo hipótese diagnóstica.



Dentre os pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados e agendados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2 (10 %) eram diabéticos tipo 1 e 18 (90 %) eram tipo 2. Já em relação a UBS Vila Palmeiras, todos os pacientes (n = 6) eram tipo 2.

Nas figuras 12 e 13, é possível observar a proporção de pacientes diabéticos encaminhados e agendados pelas UBSs Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Vila Palmeiras, respectivamente, segundo tipo de medicamento em uso, no momento em que foram encaminhados à especialidade de endocrinologia.

Figura 12 – Proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão após implementação da intervenção, segundo tipo de medicamento em uso no momento em que foram encaminhados.

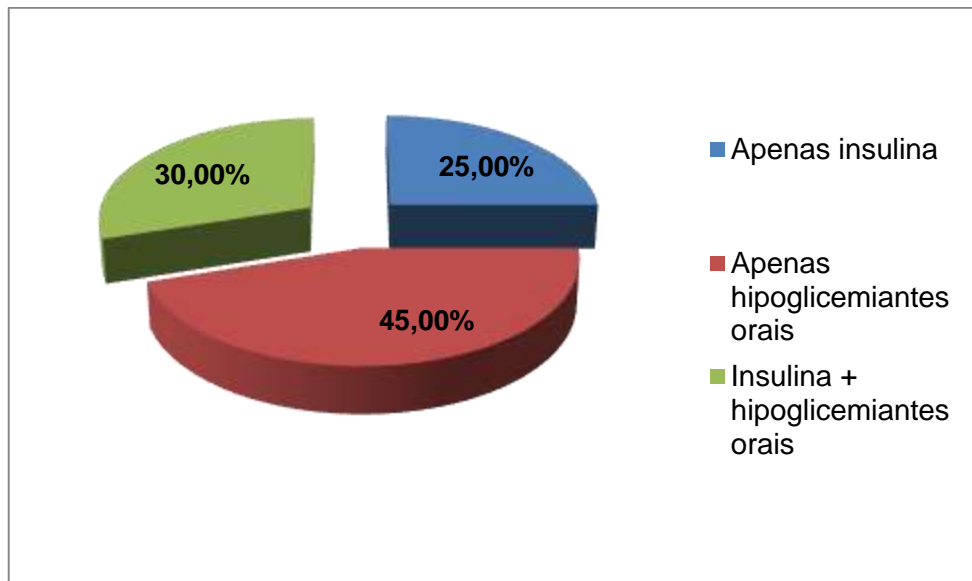
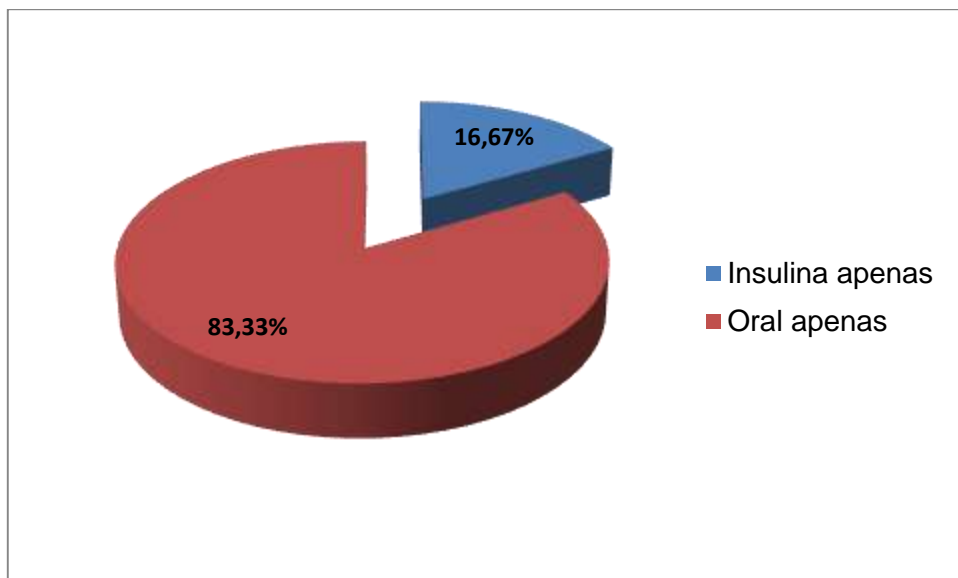


Figura 13 – Proporção de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia e agendados pela UBS Vila Palmeiras, após implementação da intervenção, segundo tipo de medicamento em uso no momento em que foram encaminhados.



Fazendo a comparação entre os dados dos momentos pré e pós-implantação da intervenção, pôde-se observar redução na proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados e agendados na especialidade de endocrinologia em desacordo com o protocolo de acesso (uso exclusivo de

medicamentos orais) após a implementação da intervenção, em relação aos usuários encaminhados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e teve um pequeno aumento para os encaminhados pela UBS Vila Palmeiras (figuras 14 e 15), cabe lembrar que na primeira unidade foi implementada a intervenção ao passo que na segunda não fora possível.

Figura 14 – Comparação da proporção de pacientes (%) encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus* pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, nos momentos pré e pós-intervenção.

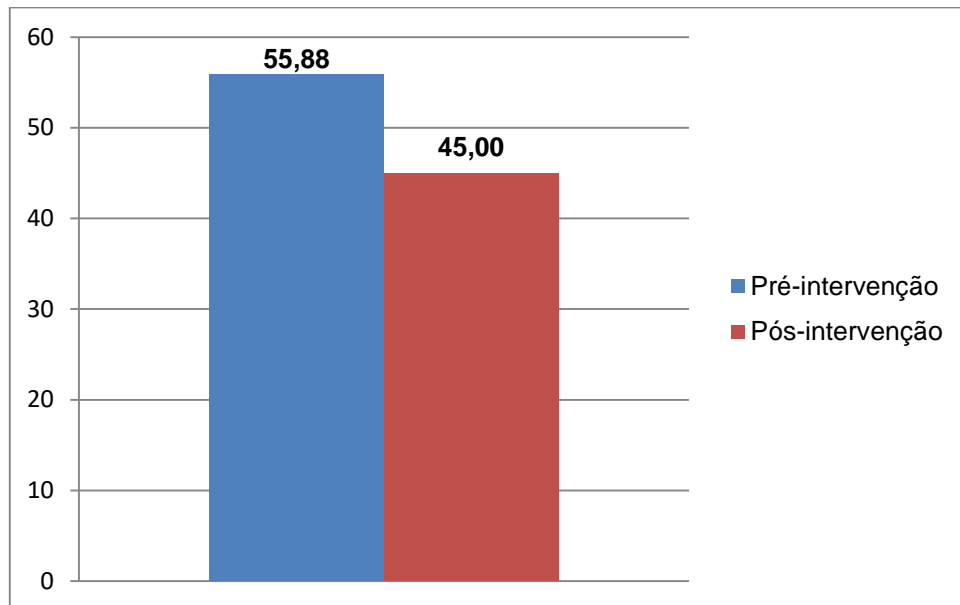
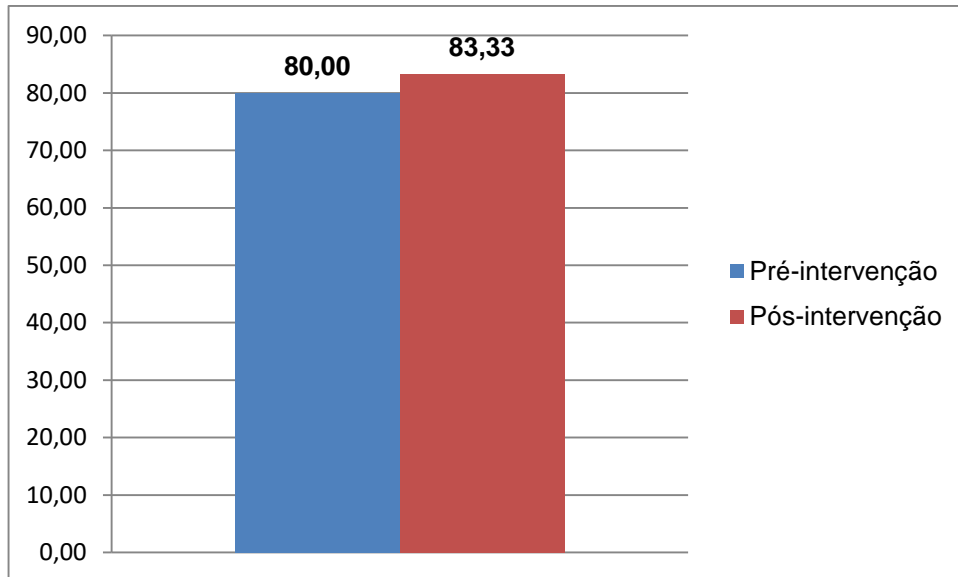


Figura 15 – Comparação da proporção de pacientes (%) encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus* pela UBS Vila Palmeiras, nos momentos pré e pós-intervenção.



Em relação ao tempo de espera de acesso dessa população à especialidade de endocrinologia, foi possível observar que o tempo médio de acesso elevou-se para os pacientes encaminhados e agendados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e reduziu para os usuários encaminhados e agendados pela UBS Vila Palmeiras, conforme figuras 16 e 17. Tal fato pode ter ocorrido devido as seguintes hipóteses:

- Inserção de pacientes em fila de espera com prioridade alta pela UBS Vila Palmeiras e em prioridade baixa ou média pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão;
- Quantidade menor de pacientes agendados pela UBS Vila Palmeiras, onde um usuário agendado de forma imediata poderia subestimar o tempo médio de acesso do grupo;
- Agendamentos pela regulação local da UBS Vila Palmeiras em vagas disponibilizadas para períodos próximos.

Figura 16 – Comparação do tempo médio de acesso (dias) de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, nos momentos pré e pós-intervenção.

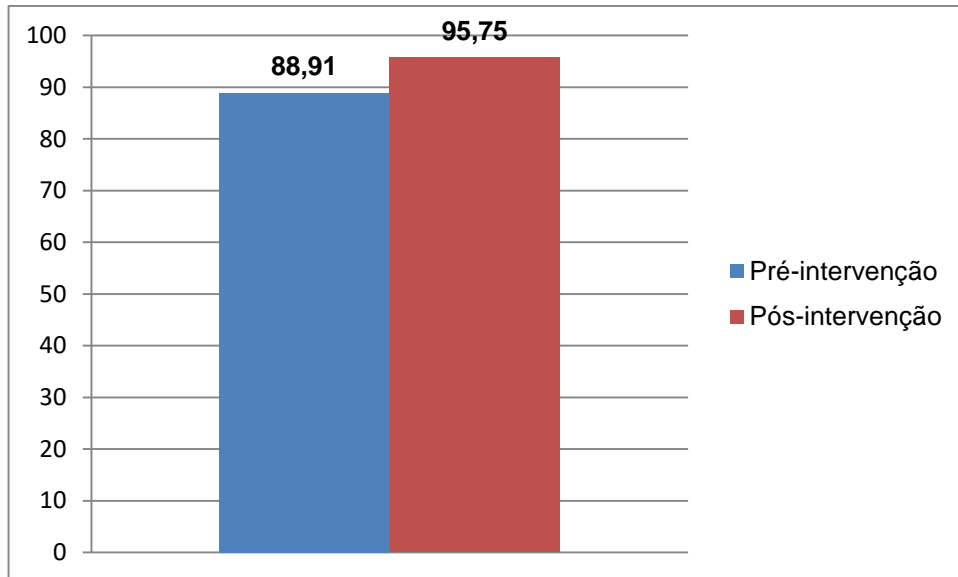
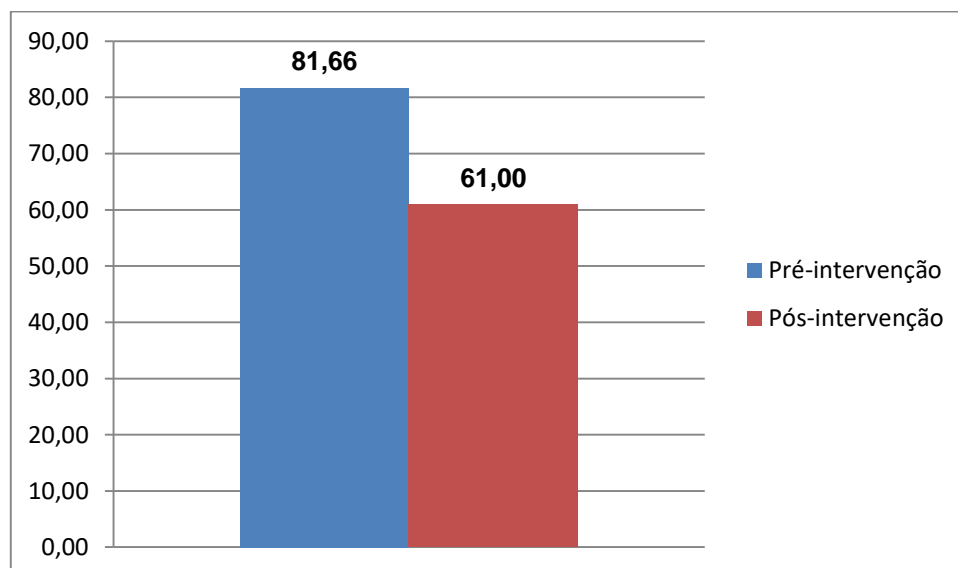


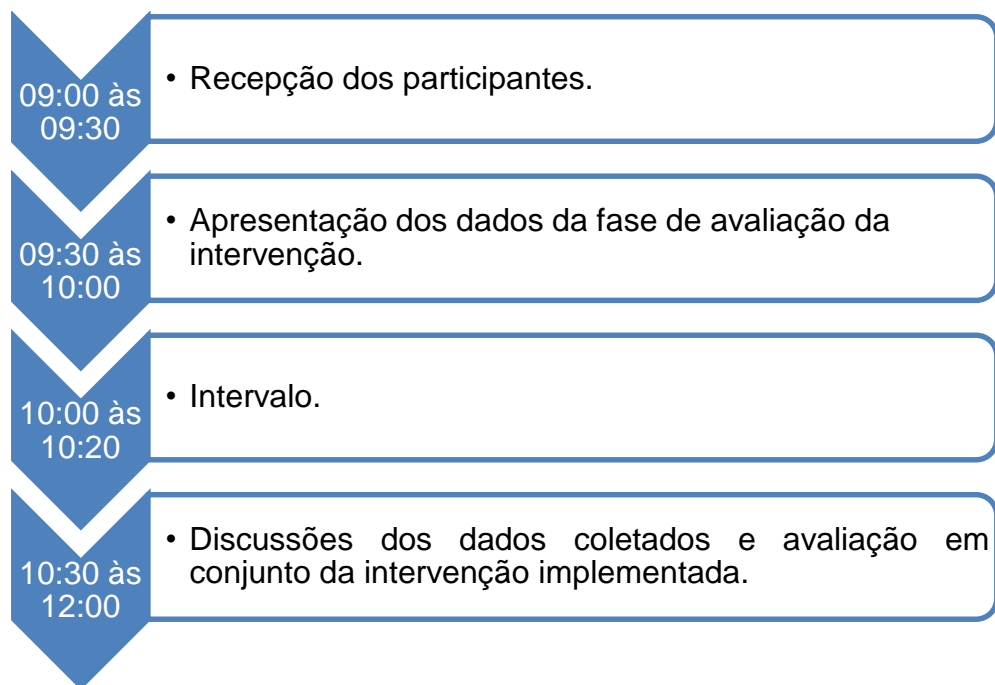
Figura 17 – Comparação do tempo médio de acesso (dias) de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados à especialidade de endocrinologia pela UBS Vila Palmeiras, nos momentos pré e pós-intervenção.



Para Thiollent (2011), a avaliação dos resultados é efetuada pelos participantes e pesquisadores, Sendo assim, como último momento da avaliação foi realizado o quarto seminário, que contou com a presença de 8 participantes, dos quais 5 eram representantes da atenção especializada (1 médico endocrinologista, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 farmacêutico e 1 assistente social) e 3 eram representantes da atenção

básica (1 médico generalista, 1 coordenador de unidade de saúde e 1 enfermeiro). Esse encontro foi realizado em 04 de dezembro de 2017, na sala de reuniões do AE Freguesia do Ó, sendo organizado e conduzido pelo pesquisador conforme programa abaixo (figura 18). O objetivo desse encontro foi socializar os resultados obtidos com os participantes do estudo, finalizar a etapa de avaliação da implementação da intervenção e levantar possibilidades de expansão da intervenção.

Figura 18 – Programa do quarto seminário.



Os dados do momento pós-implementação da intervenção e a sua comparação com os da fase exploratória foram apresentados aos participantes e, após a discussão, foi consensuado em ata que:

- A unidade básica de saúde que participou de todo o processo de intervenção apresentou redução da proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado;
- A unidade básica de saúde cuja profissional médico clínico não participou de todo o processo de intervenção não apresentou mudanças

na proporção de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso;

- Necessidade de expansão da intervenção para as demais especialidades e para todas as unidades básicas de saúde do distrito de saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia.

O relato de um participante ilustra a discussão sobre a possibilidade de expansão da intervenção:

“É essencial que o matriciamento seja expandido para outras especialidades e unidades do território”.

5.5. UTILIZAÇÃO DO FINANCIAMENTO

O financiamento disponibilizado pela OMS a este estudo fora utilizado para:

- Contratação de 4 auxiliares de pesquisas para coleta de dados secundários da fase exploratória e da fase de avaliação da intervenção – os profissionais auxiliares de pesquisa foram previamente capacitados para a realização dessa atividade;
- Readequação das linhas telefônicas do AE Freguesia do Ó – foi instalado sistema de ramais na unidade e ampliação dos pontos telefônicos da unidade. Tal ação propiciou a disponibilização de ramais específicos (nos consultórios de endocrinologia e nutrição) para a comunicação rápida entre os especialistas e as equipes de referência das unidades básicas de saúde;
- Compra de computadores – foram disponibilizados computadores nos consultórios de endocrinologia e nutrição. Tal ação propiciou o cumprimento da segunda opção de canais de comunicação rápida via e-mail e;
- Expansão da intervenção – o restante do financiamento fora utilizado para expansão da infraestrutura da unidade (disponibilização de linhas telefônicas nos demais consultórios da unidade), assim como expansão da intervenção às

demais especialidades e unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia.

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

A situação-problema foi caracterizada por um cenário composto por elevado tempo para acesso à especialidade de endocrinologia, falha na comunicação entre as equipes da atenção básica e média complexidade, falta de capacitação, barreira cultural dos pacientes e elevada proporção de pacientes encaminhados à endocrinologia em desacordo ao protocolo de acesso da linha de cuidado de diabetes *mellitus*.

O tempo médio de acesso à especialidade de endocrinologia nos anos de 2015 e 2016 foi superior a 80 dias; tanto para os usuários encaminhados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão ou UBS Vila Palmeiras quanto para usuários encaminhados pelo conjunto de unidades de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia. Esse tempo foi considerado longo pelo grupo de participantes, principalmente para usuários diabéticos tipo 1. Segundo Duncan *et al.* (2013), pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1 requerem maior complexidade no cuidado, devendo, em geral, ser acompanhados pela atenção especializada. Por necessitarem de esquemas insulínicos complexos, esse grupo de pacientes deve ter seu acompanhamento iniciado na média complexidade no menor tempo possível.

O cenário de longo tempo de acesso e a elevada proporção de pacientes encaminhados à especialidade em desacordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado pode ser secundário a outros fatores identificados na situação-problema consensuada. A falta de capacitação dos profissionais está diretamente ligada a alta proporção de usuários encaminhados em desacordo ao protocolo de acesso e esta, por sua vez, está ligada ao aumento da demanda à especialidade e, conseqüentemente, do tempo de acesso à especialidade. Entretanto, há de se citar alguns aspectos para o fato de capacitações não ocorrerem. Dentre eles, o déficit de recursos humanos, principalmente profissionais médicos clínicos/generalistas, em todas as unidades básicas de saúde do Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia. Quando esses profissionais ingressam nas unidades de saúde, sua jornada de trabalho é totalmente direcionada ao atendimento da demanda reprimida ocasionada pela vacância anterior de seu posto de trabalho, o que impede que este profissional seja direcionado a algum tipo de capacitação, mesmo que local na unidade ao qual está vinculado. Tal cenário, associado a falta de equipes de educação permanente, impedem que novos profissionais sejam capacitados quanto as diversas

linhas de cuidado e programas da atenção básica no momento em que ingressam no SUS, corroborando, assim, para os aspectos identificados na situação-problema.

A ausência do médico clínico da UBS modelo tradicional (único profissional médico clínico da unidade) durante as discussões de formulação da intervenção pode ter prejudicado a avaliação da intervenção na UBS Vila Palmeiras pelo fato deste profissional não ter participado de todos os seminários (e também não pôde ser substituído), assim como da capacitação e primeira discussão com o especialista endocrinologista, ou seja, a intervenção proposta não fora implementada nesta unidade de saúde. Entretanto, pode-se considerar que esta unidade de saúde atuou neste estudo como grupo controle na comparação de dados pré e pós-implementação do apoio matricial com os da UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, local onde a intervenção fora implementada.

O momento de formulação da intervenção compreendeu as discussões realizadas no segundo e terceiro seminários. No segundo seminário foi apresentada pelo pesquisador uma proposta de intervenção, na qual fora formulada a partir de 3 eixos de ação: capacitação, encontros periódicos e canais de comunicação. Os 3 eixos foram aceitos pelo grupo de participantes como essenciais na formulação da intervenção, entretanto sofreram alterações. Houve consenso no grupo de discussões que os momentos de capacitação devem ocorrer como parte da pauta dos encontros regulares, sendo realizada em cada unidade de saúde com seus respectivos profissionais (trabalho em pequenos grupos). A adoção dessa opção traz benefícios às capacitações, tornando-as discussões lineares e sem autoridade entre equipe de apoio e de referência (hierarquia). Segundo Edmunds e Brown (2010), Cannon e Griffith (2007) e Costa (2014); o trabalho em pequenos grupos, principalmente em discussões entre pares, possui o potencial de explorar complementaridade e diversidade das atitudes e das experiências dos participantes e de estimular o desenvolvimento de competências transversais relevantes, como partilha e escuta de opiniões, colaboração na resolução de problemas complexos e todo o conjunto de competências na realização de trabalho em equipe.

As discussões levaram ao consenso de que os encontros regulares devem ser realizados semestralmente, uma vez que há na região 16 unidades básicas de saúde e, inicialmente, 2 profissionais endocrinologistas e 1 nutricionista disponíveis para composição da equipe de apoio matricial. Há outro serviço especializado com profissionais endocrinologistas no Distrito de Saúde da Freguesia do Ó / Brasilândia,

entretanto trata-se de um serviço sob administração de uma Organização Social de Saúde (OSS) com metas definidas em consultas individuais, o que impede a disponibilização dos profissionais especialistas para outras atividades. Estudos apontam que modelos de gestão baseados em produção e metas, principalmente em serviços públicos sob gestão de OSSs, trazem dificuldades para reorganização do trabalho, incluindo a implementação do matriciamento (LANCMAN e BARROS, 2011; PINTO *et al.*, 2012; MINOZZO e COSTA, 2013a). A periodicidade proposta é factível tanto para as equipes da atenção básica quanto para as equipes da atenção especializada, pois a realização dos encontros pressupõe o impedimento (bloqueio da agenda) de atendimento individual à pacientes por ambas as equipes. Encontros com intervalos menores levaria a diminuição da oferta de vagas para agendamento na especialidade de endocrinologia, aumento da demanda reprimida de pacientes que necessitam de atendimento de retorno ou para primeira avaliação, tanto nas equipes de referência quanto nas equipes de apoio.

Encontros semestrais também contemplam a capacitação de novos profissionais nas unidades básicas de saúde, uma vez que há alta rotatividade, principalmente médicos das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família, nos serviços públicos de saúde do território da Freguesia do Ó / Brasilândia.

O último eixo – o de comunicação rápida – teve a adoção de telefone e e-mail como meio para uma comunicação eficaz e rápida ao invés da elaboração de aplicativo de celular/computador. Esses canais foram adotados como mais factíveis a realidade de todas as unidades básicas de saúde e, no AE Freguesia do Ó seria necessária apenas a disponibilização de um computador e a readequação das linhas telefônicas (disponibilização de ramais telefônicos e computador nos consultórios de endocrinologia e nutrição). Assim, as equipes de referência ficam livres a utilizar o meio de comunicação que melhor se encaixa à sua realidade e necessidade.

A implementação do apoio matricial, com o estabelecimento de encontros presenciais regulares e meios de rápida comunicação, gerou aproximação entre as equipes da atenção básica e do Ambulatório de Especialidades Freguesia do Ó, uma vez que após a implementação da intervenção foi possível identificar contatos frequentes entre as equipes dos pontos de atenção, seja por meio telefônico ou e-mail, seja para resolução de dúvidas ou o encaminhamento urgente de pacientes à endocrinologia ou demais especialidades. O matriciamento possibilita a articulação de uma rede assistencial resolutiva que visa ao cuidado integral por meio da instituição

de corresponsabilidades entre os diversos serviços e aproximação dos serviços do território (SILVEIRA, 2012; PINTO *et al.*, 2012; BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; ONOCKO-CAMPOS, *et al.*, 2012; CASTRO e CAMPOS, 2016).

A implementação do apoio matricial como ferramenta para troca de conhecimento quebra obstáculos na comunicação entre as equipes dos diversos pontos de atenção e na otimização de recursos. Desde sua concepção por Campos (1999), não possui modelo definido e rígido a ser seguido, ficando aberto às possibilidades e realidades de cada território. Entretanto, o matriciamento pressupõe encontros entre as equipes de referência e de apoio, seja por meio de encontros periódicos e regulares e/ou por suporte aos casos imprevistos e urgentes (CAMPOS e DOMITTI, 2007). Tais pressupostos foram alcançados na intervenção formulada pelo grupo de participantes, uma vez que consiste em encontros regulares semestrais e na adoção de canais de comunicação rápida para dúvidas e discussões de casos.

Alguns estudos apontam que a implementação do apoio matricial, muitas vezes, é compreendida pelos profissionais, em especial os da atenção básica, como sobrecarga ou mais uma atividade a ser cumprida ou, simplesmente, uma transferência de responsabilidades de serviços especializados à atenção básica ou vice-versa (SILVEIRA, 2012; AZEVEDO *et al.*, 2013; MINOZZO e COSTA, 2013b). Entretanto, na realização deste estudo os participantes, tanto da atenção básica quanto do AE Freguesia do Ó, a consideraram como ferramenta essencial no enfrentamento da situação-problema e, conseqüentemente, dos fatores que a compõe.

Estudos demonstram que a implementação do apoio matricial traz impacto importante na resolutividade das equipes, ampliando o acesso dos usuários aos serviços de saúde, por meio da diminuição do número de encaminhamentos desnecessários, possibilitando acordos de classificação de risco e organização dos fluxos de encaminhamentos (ARONA, 2009; FIGUEIREDO e ONOCKO-CAMPOS, 2009; SANTOS e LACAZ, 2012; SILVEIRA, 2012; PENA *et al.*, 2012). Os dados coletados no período que compreendeu o momento de avaliação da intervenção evidenciaram que o perfil de encaminhamentos de pacientes portadores de diabetes *mellitus* sofreu alteração, uma vez que houve redução na proporção; de 55,88 % no momento pré-intervenção para 45,00 % no momento pós-intervenção de usuários encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso à especialidade de endocrinologia pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Já a proporção de

usuários encaminhados em desacordo com o protocolo de acesso pela UBS Vila Palmeiras não houve redução, uma vez que a intervenção não fora implementada nesta unidade de saúde, não gerando, portanto, mudanças na prática clínica e no cuidado dos usuários portadores de diabetes *mellitus*. Segundo Sobrinho *et al.* (2014), existem associações importantes entre o grau de apoio matricial ofertado às equipes de saúde da família e os resultados obtidos na certificação do PMAQ-AB nas áreas de saúde da mulher e criança, saúde mental e diabetes/hipertensão.

Embora possamos observar redução, há de considerar que ainda houve uma proporção importante de encaminhamentos desnecessários à endocrinologia pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Tal fato pode ter ocorrido devido ao pouco tempo de coleta de dados para avaliação da implementação do apoio matricial (apenas 3 meses após a implementação da intervenção) e ao fato dos encontros periódicos serem a cada 6 meses, onde, até o final do período de avaliação da intervenção, ocorrera apenas um encontro presencial entre as equipes de referência e de apoio.

O tempo de acesso de pacientes portadores de diabetes *mellitus* à especialidade de endocrinologia teve incremento, em relação ao período pré-intervenção, na unidade a qual fora implementada a intervenção e redução na unidade em que não foi possível a implementação do apoio matricial. Isso aconteceu devido, principalmente, ao seguinte fator:

- A UBS Vila Palmeiras encaminhou apenas 6 pacientes portadores de diabetes *mellitus* durante o período de avaliação da intervenção, enquanto a UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão encaminhou 20 usuários. 2 desses pacientes encaminhados pela primeira unidade de saúde tiveram tempo de acesso à especialidade de endocrinologia (tempo entre o agendamento e o atendimento na especialidade) muito inferior ao restante do grupo, onde 1 usuário fora agendado e atendido no mesmo dia (tempo de acesso igual a 0 dia) e um usuário teve tempo de acesso igual 16 dias. Isso fez com que o tempo médio de acesso do grupo fosse inferior ao grupo de pacientes encaminhados pela UBS Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. Ambos os pacientes foram inseridos em fila de espera como prioridade alta (ocupando primeiras posições na ordem de agendamento), sendo agendados pela regulação local da UBS Vila Palmeiras em vagas que estavam ocupadas por outros pacientes e que desistiram de seu agendamento.

Entretanto, como o único profissional médico clínico da UBS Vila Palmeiras estava em licença médica prolongada na maior parte do tempo em que a intervenção fora formulada e implementada, era esperado que a quantidade de pacientes encaminhados à especialidade de endocrinologia por essa unidade de saúde fosse mitigada.

A implementação do apoio matricial, tendo como traçador o diabetes *mellitus*, mostrou-se como uma importante ferramenta na otimização de recursos públicos de saúde, facilitação na comunicação entre os diversos pontos de atenção no território e no fortalecimento da rede de atenção à saúde. Segundo Silva (2011); Campos (1999) e Castro e Campos (2016), as RAS têm sido consideradas um importante fator de racionalização de recursos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível, tendo o apoio matricial como uma das estratégias fundamentais para organizá-las. Sendo assim, a proposta de intervenção implementada objetivou-se como uma ferramenta no enfrentamento à fragmentação do cuidado, dado pelo modelo biomédico tradicional e a busca da integralidade do cuidado em rede, tal como pensada por Cecílio (2009), onde a integralidade da atenção em rede, como objeto de reflexão e de novas práticas da equipe de saúde e sua gerência, exige a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um único ponto de atenção, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção das equipes da atenção especializada quanto ao atendimento frequente de pacientes portadores de diabetes *mellitus* encaminhados pela atenção básica em contraposição ao protocolo de acesso pôde ser ratificada após a realização desse estudo. Entretanto, tal situação é reflexo de barreiras como elevada rotatividade, principalmente de profissionais médicos nas unidades básicas de saúde com Estratégia Saúde da Família; falta de capacitação inicial e periódica de profissionais da atenção básica; questões culturais dos próprios pacientes e comunicação ineficaz entre as equipes dos diversos pontos de atenção.

A implementação do apoio matricial especializado em endocrinologia às unidades básicas de saúde possibilitou a redução de encaminhamentos desnecessários de usuários portadores de diabetes *mellitus* (pacientes com pouco agravamento clínico, em uso exclusivo de hipoglicemiantes orais e sem indicação de uso de insulina), tornando a unidade na qual fora implementada a intervenção, mais resolutiva no acompanhamento de usuários com esse perfil.

O matriciamento, tal qual formulado pelo grupo de participantes desse estudo, propiciou que os profissionais, tanto da atenção básica quanto da atenção especializada, conhecessem-se de fato e não apenas por encaminhamentos escritos de referência e contrarreferência. A disponibilização de canais de rápida comunicação, assim como os encontros presenciais semestrais, facilitaram a comunicação entres as equipes de ambos os pontos de atenção.

A participação dos atores envolvidos na formulação e implementação da intervenção e preparo e disponibilização de material didático para capacitação mostrou que apesar das diversas dificuldades enfrentadas na atenção à saúde, os profissionais demonstram interesse em realizar ações no sentido de fortalecer as redes de atenção à saúde e garantir a integralidade do cuidado nos seus diversos sentidos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(Supl 1);S26-36.

Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery*. 2015;19(1):169-73.

Azevedo DM, Gondim MCSM, Silva MCSM. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. *Rev. Pesq.: cuid. Fundam*. 2013;5(1): 3311-22.

Bezerra E, Dimenstein M. Os Caps e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol. Ciênc. e Prof*. 2008;28(3):632-45.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 20 set 1990;Seção 1:018055.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 31 dez 2010;Seção 1:89.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília, DF; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 13 jun 2013;Seção 1:59.

Bueno WS, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4(2): 393-403.

Campos GWS. Sobre la reforma de los modelos de atención: um modo mutante de hacer salud. In: Eibenschutz C, organizador. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 293-314.

Campos GWS, Castro CP, Fernandes JA, Anéas TV, organizadores. *Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS*. São Paulo: Hucitec; 2017.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407.

Cannon MD, Griffith BA. *Effective groups: concepts and skills to meet leadership challenges*. Boston: Pearson Education; 2007.

Castro CP, Campos GWS. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26(2):455-81.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco; 2009. p.117-30.

Costa MJ. *Trabalho em pequenos grupos: dos mitos à realidade*. Medicina Ribeirão Preto. 2014;47(3):308-13.

Cruz MAC. *A integralidade nas práticas de saúde após a implantação do programa Mais Médicos – a experiência da unidade básica de saúde Samambaia – Juatuba/MG [dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.

Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc*. 2011;20(4):961-70.

Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(1):63-74.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial, Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2013.

Edmunds S, Brown G. Effective small group learning: AMEE guide No. 48. Med Teach. 2010;32(9):715-26.

Eslava-Schmalbach J, Garzón-Orjuela N, Elias V, Reveiz L. Incorporación de equidade en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. Ver Panam Salud Publica. 2017;41:e126. doi: 10.26633/RPSP.2017.126

Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde mental na tenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(1):129-38.

Franco TB, Magalhães HM Jr. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, Miranda H Jr, Rimoli J. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 125-33.

Fundação Sistema Estadual de Análise De Dados (SEADE) [internet]. São Paulo; [s.d.] [acesso em 1 jul 2017]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>

Gilson L. Health Policy and Systems Research: a methodology reader. Geneve: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization; 2012.

Jorge MSB, Pinto DM, Vasconcelos MGF, Pinto AGA, Souza RS, Caminha ECCR. Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. Acta Paul Enferm. 2012;25 No Espec 2:26-32.

Lancman S, Barros JO. Estratégia de saúde da família (ESF), núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. Rev. Ter. Ocup. USP. 2011;22(3):263-9.

Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e atenção primária à saúde. Cad. Saúde Colet. 2013;21(2):224-32.
Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. Rev. Mineira Enferm. 2003;7(1):61-6.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha de cuidado sob as perspectivas das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comunic, Saúde, Educ.* 2010;14(34):593-605.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2006. p. 41-66.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

Mendes EV. As redes de atenção a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2305-10.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.

Merhy EE, Cecílio LCO. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp; 2003.

Minozzo F, Costa IID. Apoio Matricial em saúde mental entre CAPS e saúde da família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013a;18(1):151-60.

Minozzo F, Costa IID. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família clínica da crise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2013b;16(3):438-50.

Onocko-Campos R, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(1):43-50.

Passos JEF, Rocha LM, Vasconcelos LLC. Estratégia de cuidado na atenção especializada ambulatorial: qualificação e ampliação do acesso. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2014;(51):121-8.

Pena PFA, Silva Júnior AG, Oliveira PTR, Moreira GAR, Libório AB. Cuidado ao paciente com doença renal crônica no nível primário: pensando a integralidade e o matriciamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3135-44.

Peters DH, Nhan TT, Taghreed A. Implementation research in health: a practical guide. Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva: World Health Organization; 2013.

Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio Matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolutividade. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012;17(3):653-60.

Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1143-50.

Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cad de Saúde Pública*. 2017;33(5):e00052816.

Santos L, Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1671-80.

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas. Linha de cuidado geral em diabetes e em obesidade. Protocolo clínico de regulação de acesso para endocrinologia. São Paulo; 2015.

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial. Diretrizes Operacionais da Atenção Especializada Ambulatorial. São Paulo; 2016.

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Boletim Ceinfo – Saúde em dados. 2017;XVI(16).

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (BR). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.

Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o Apoio Matricial e a interconsulta. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2377-86.

Sobrinho DF, Machado ATGM, Lima AMLD, Jorge AO, Reis CMR, Abreu DMX, et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*. 2014;38 No Espec:83-93.

Terence ACF, Escrivão Filho E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: 26. Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2006, Fortaleza, BR. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2006. p. 1-9.

Thiollent M. Metodologia da Pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública. 1990;24(6):445-52.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MAPA DA SUBDIVISÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo.



Localização do Distrito de Saúde Freguesia do Ó / Brasilândia.



APÊNDICE B – LINHA DE CUIDADO GERAL EM DIABETES



SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LINHA DE CUIDADO GERAL EM DIABETE

Nível de Atenção	Ações em Saúde	Ações e Procedimentos Específicos
Atenção Básica	Promoção/Prevenção	- Estímulo aos hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo
	Rastreamento	- Rastreamento (de acordo com CAB 36 DE 2013). Obs.: O Ministério da Saúde segue o critério de glicemia de jejum normal adotado pela OMS (< 110 mg/dl), porém já existe recomendação da Federação Internacional de Diabetes (IDF) e da Sociedade Brasileira de Diabetes acatando o ponto de corte < 100 mg/dl. Recomendamos que pacientes assintomáticos com glicemia de jejum ≥ 100 a < 110 mg/dl devem ser avaliados em relação a fatores de risco, orientados quanto à adoção de medidas não farmacológicas de mudança de estilo de vida, e repetição de glicemia de jejum em um ano.
	Diagnóstico / Estratificação de Risco	- Diagnóstico do Diabetes - Estratificação de Risco
	Tratamento	- Tratamento do Diabetes (segundo CAB 36 DE 2013)
	Suporte	- Cuidado integral multiprofissional dos pacientes
Atenção Especializada de Média Complexidade (Ambulatorial, Hospitalar)	Tratamento do diabetes de difícil controle ou com complicações	- Tratamento do Diabetes de difícil controle ou com complicações
	Tratamento de exacerbações das complicações	- Tratamento de exacerbações mediante internação – Média Hospitalar
CRUE	Tratamento das intercorrências agudas	- Tratamento de urgência/emergência das intercorrências agudas (cetoacidose, coma hiperosmolar, hipoglicemia) – CRUE

LINHA DE CUIDADO GERAL EM OBESIDADE

Nível de Atenção	Ações em Saúde	Ações e Procedimentos Específicos
Atenção Básica	Promoção/Prevenção	- Estímulo aos hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo
	Diagnóstico / Estratificação de Risco	Diagnóstico e Estratificação de Risco de acordo com a LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - RRAS6- São Paulo.
	Tratamento	- Tratamento da Obesidade segundo a LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - RRAS6- São Paulo.
	Suporte	- Cuidado integral multiprofissional dos pacientes.
Atenção Especializada de Média Complexidade (Ambulatorial, Hospitalar)	Tratamento dos casos com e $IMC \geq 40$ e $IMC \geq 30$ com comorbidades	- Tratamento dos casos com $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ e com $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ com comorbidades, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, conforme a LINHA DE CUIDADO DE SOBREPESO E OBESIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS - RRAS6- São Paulo.
	Tratamento de agravos que exigirem internação	- Tratamento de agravos mediante internação – Média Hospitalar
Atenção Especializada de Alta Complexidade (Hospitalar)	Tratamento cirúrgico	- Realizar tratamento cirúrgico da obesidade e acompanhamento pré e pós-operatório de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas do Ministério da Saúde.
CRUE	Tratamento das intercorrências agudas	- Tratamento de intercorrências.



SAÚDE DA PESSOA COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para ENDOCRINOLOGIA – versão 2015

Elaboração:

- Área Técnica da Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas Não Transmissíveis - SMS/SP

Colaboradores:



Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para ENDOCRINOLOGIA – versão 2015

1) Protocolo de Referência Ambulatorial

Tabela 1 – Critérios para Referência Ambulatorial

Tipo de Consulta	CID	Indicações Clínicas	Condições Necessárias para solicitação de vaga
Consulta em ENDOCRINOLOGIA	E10 E11 O24	Diabetes mellitus diagnosticado	Pacientes com DM II em uso de mais de uma dose de insulina, sem controle glicêmico adequado OU Pacientes com DM II em uso de insulina em múltiplas doses e mistura de insulinas OU Paciente com DM tipo I OU Paciente gestante com diabetes prévio / paciente com diabetes gestacional
	E05	Hipertireoidismo diagnosticado	Todos os pacientes podem ser encaminhados para avaliação na Atenção Especializada de Média Complexidade se necessário

	E03	Hipotireoidismo diagnosticado	<p>Suspeita de hipotireoidismo central (TSH diminuído, normal ou levemente elevado e T4 livre diminuído)</p> <p>OU</p> <p>Suspeita de resistência aos hormônios tireoideanos (TSH e T4 livre elevados) quando já avaliada adesão, ingestão de levotiroxina antes da coleta do exame e uso de medicações ou condições que cursam com alteração de metabolismo/absorção de T4</p>
	E04.1 E04.2 E05.1 E05.2	Nódulo Tireoideano	<p>Todos os pacientes podem ser encaminhados para avaliação na Atenção Especializada de Média Complexidade se necessário</p>
	E66	Obesidade	<p>Pacientes com suspeita de obesidade secundária</p> <p>OU</p> <p>Pacientes com IMC entre 30 a 35 com comorbidades</p> <p>OU</p> <p>Paciente com IMC > 35 que não responderam ao tratamento clínico por pelo menos 2 anos</p>



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “**Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes mellitus, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo**” que tem por objetivo desenvolver estratégias de capacitação dos profissionais além de implementar o apoio matricial da atenção especializada à atenção básica na especialidade de endocrinologia.

Essa pesquisa está sendo realizada com os profissionais envolvidos no atendimento da atenção básica e da atenção especializada, além de apoiadores da atenção básica.

Sua colaboração no estudo consistirá em participar dos seminários de implementação do apoio matricial. Ao todo, serão 5 seminários, onde cada um terá duração de aproximadamente 4 horas. Os seminários serão conduzidos pelo pesquisador principal do estudo e terão a presença de um relator, cuja função exclusiva será a de elaborar as atas.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, entretanto o (a) Sr. (a) pode se sentir desconfortável com algum ponto de discussão nos seminários.

O (A) Sr. (a) tem o direito de se recusar a participar ou abandonar o estudo a qualquer momento sem quaisquer prejuízos para a pesquisa ou para seu trabalho. Será assegurada a garantia de sigilo das suas informações. O (A) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo: Rafael Tadeu de Andrade, que pode ser localizado no AE Freguesia do Ó (telefone: 3936-7808 ou 98085-2658) das 10 às 19h ou pelo e-mail rafaelandrade.rta@gmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) - telefone: (11) 3116-8597 e e-mail cepis@isaude.sp.gov.br - e o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEP-SMS) – telefone: (11) 3397-2464 e e-mail smscep@gmail.com -, também poderão ser consultados caso o Sr. (a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa.

Sua participação é importante e voluntária e irá gerar informações que serão úteis para fortalecer os processos de intervenção na atenção básica e especializada, voltadas ao melhor atendimento da população.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

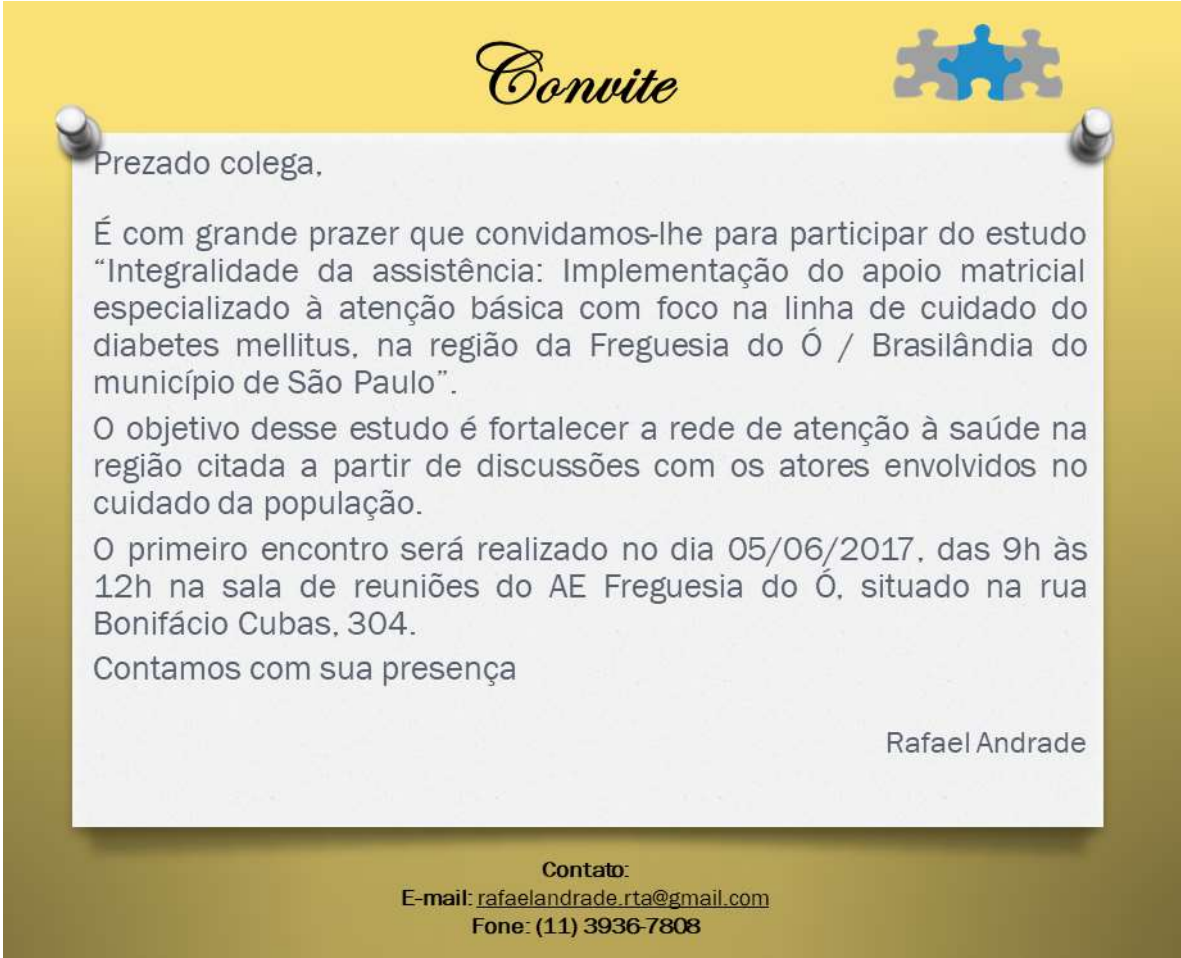
Após ter sido devidamente esclarecido, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

São Paulo, de de 2017.

Assinatura do participante
Nome completo:

Rafael Tadeu de Andrade
Pesquisador

APÊNDICE E – CONVITE PARA INCLUSÃO DE PARTICIPANTES



Convite

Prezado colega,

É com grande prazer que convidamos-lhe para participar do estudo “Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes mellitus, na região da Freguesia do Ó / Brasilândia do município de São Paulo”.

O objetivo desse estudo é fortalecer a rede de atenção à saúde na região citada a partir de discussões com os atores envolvidos no cuidado da população.

O primeiro encontro será realizado no dia 05/06/2017, das 9h às 12h na sala de reuniões do AE Freguesia do Ó, situado na rua Bonifácio Cubas, 304.

Contamos com sua presença

Rafael Andrade

Contato:
E-mail: rafaelandrade_rta@gmail.com
Fone: (11) 3936-7808

APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO EMITIDO PELO CEP

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Integralidade da assistência: Implementação do apoio matricial especializado à atenção básica com foco na linha de cuidado do diabetes mellitus, na região da Freguesia do Ó / Brasilândia do município de São Paulo.

Pesquisador: RAFAEL TADEU DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64157917.0.0000.5469

Instituição Proponente: Instituto de Saúde CEPIS - SP

Patrocinador Principal: FUND DE APOIO AO ENSINO PESQ E ASSISTENCIA HCFMRPUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.917.487

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma revisão bibliográfica atualizada sobre a implementação do apoio matricial especializado.

Destaca a importância do apoio matricial da atenção especializada à atenção básica, utilizando-se como traçador o diabetes mellitus na microrregião da Freguesia do Ó, situada na zona norte do município de São Paulo.

Mostra a necessidade do estudo para a região, a qual possui 416.226 habitantes, 16 unidades básicas de saúde, 9 unidades especializadas e 1 hospital geral. Nesta microrregião, o coeficiente de mortalidade por diabetes mellitus é de 27 casos para cada 100 mil habitantes – valor superior ao do município. Para garantir a integração sistêmica das ações em saúde, foram estabelecidas as Redes de Atenção à Saúde e Linhas de Cuidado para as doenças crônicas prioritárias. Segundo o autor do projeto, os profissionais da atenção básica e da especializada não perceberam avanços na integração dos diversos pontos da rede, pois há falta de capacitação dos profissionais da atenção básica e especializada; longo tempo de espera para atendimento especializado, comunicação ineficiente entre os diversos pontos de atenção e encaminhamentos à média complexidade de casos não contemplados pelo protocolo clínico e de acesso. Afirma que o apoio matricial vem sendo utilizado no SUS como mecanismo para integração

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3116-8597

Fax: (11)3116-8523

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 1.917.467

sistêmica nas redes de atenção à saúde e maior resolutividade no cuidado.

Método proposto: O estudo será desenvolvido pelo método da pesquisa-ação onde se inicia pela fase exploratória que consiste na formulação do projeto pelo pesquisador, na identificação do campo de pesquisa e da viabilidade de uma intervenção por meio de um levantamento inicial da situação e dos problemas prioritários a serem investigados, bem como das eventuais ações para solucioná-los. Serão selecionadas as unidades básicas de saúde responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de endocrinologia e uma unidade da atenção especializada da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia. O método proporciona a possibilidade de seleção da população a ser investigada por critérios de intencionalidade. Assim, na fase exploratória irá contemplar o levantamento de dados dos pacientes portadores de diabetes mellitus encaminhados à atenção especializada pelas unidades básicas de saúde da microrregião da Freguesia do Ó/Brasilândia nos anos de 2015 e 2016 e a realização do primeiro seminário.

A coleta dos dados secundários para essa fase será realizada por meio do Sistema Integrado de Gestão da Assistência (SIGA): um sistema pública informatizado utilizado pelas unidades de saúde do município de São Paulo, onde é possível realizar o agendamento de consultas, lançamento de procedimentos, inserção de usuários em fila de espera de acordo com a prioridade, além da possibilidade de gerar relatórios de atendimentos.

Será elaborada uma planilha para a coleta de dados secundários (ferramenta) que possibilitará analisar a adequação ou não dos encaminhamentos segundo o protocolo de aceso da linha de cuidado de diabetes mellitus adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Os dados secundários obtidos serão apresentados aos participantes (médicos endocrinologistas, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos) no primeiro seminário, finalizando a fase exploratória.

A partir do segundo e até o quarto seminário será realizada a formulação do Apoio Matricial e o conjunto de processos para as ações de intervenção.

No quinto seminário serão apresentados os resultados da avaliação da intervenção dos participantes.

Serão excluídos os pacientes que foram inseridos em fila de espera antes do início da implantação da intervenção. Os dados a serem coletados compreenderá os 6 meses subsequentes à implantação da estratégia de matriciamento.

Após essa etapa, serão realizados levantamentos dos prontuários desses usuários para verificar se as condutas dos encaminhamentos estão de acordo com o protocolo de acesso da linha de cuidado do diabetes mellitus. Os resultados gerados por essa coleta serão correlacionados aos

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 1.917.487

resultados obtidos na fase exploratória.

No plano de análise serão utilizadas as técnicas de: análise de frequência, discurso e comparação antes (fase exploratória) e depois (avaliação) da intervenção. Os resultados esperados são: no âmbito dos serviços - a implantação e implementação do apoio matricial da atenção especializada à atenção básica; contemplar a troca de conhecimento entre os profissionais dos diversos pontos da rede; a resolução efetiva de casos a nível local; a diminuição do tempo de resposta às necessidades dos usuários e a diminuição da fragmentação do cuidado nos diversos pontos de atenção à saúde. Será produzido material didático para capacitação dos profissionais, que poderá ser socializado para as demais unidades de saúde do município de São Paulo. Também, desenvolvidas ferramentas para facilitar a comunicação (discussão de casos) entre as equipes da atenção básica e especializada, cujo conteúdo facilitará a difusão dos fluxos e protocolos da linha de cuidado. Será introduzida a rotina de discussão de casos entre as equipes da atenção básica e especializada.

Como se trata também de um projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), a difusão do conhecimento se dará no âmbito acadêmico por meio da publicação de artigo científico e apresentação em eventos técnicos científicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Implantar e analisar o apoio matricial da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial (RAEA) à atenção básica na especialidade de endocrinologia, com foco na linha de cuidado do diabetes mellitus, na região da Freguesia do Ó/Brasilândia do município de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Identificar e analisar o fluxo dos pacientes de diabetes mellitus encaminhados da atenção básica à rede de atenção especializada ambulatorial;
- Identificar as unidades básicas de saúde responsáveis pelas maiores demandas no agendamento de endocrinologia;
- Formular e implantar o apoio matricial à atenção básica pelas equipes da rede de atenção especializada na linha de cuidado do diabetes mellitus;
- Avaliar a implantação do apoio matricial.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

**INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP**



Continuação do Parecer: 1.917.487

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto utilizará a pesquisa-ação: na primeira etapa trazendo um estudo exploratório, na segunda etapa será realizada uma construção coletiva onde os participantes também farão a formulação do Apoio Matricial e a avaliação da intervenção, trazendo riscos mínimos, e não são esperados desconfortos para os participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi redigido adequadamente e a proposta é relevante para o fortalecimento do matriciamento como mecanismo para integração sistêmica nas redes de atenção à saúde e resolutividade no cuidado da diabetes mellitus na região da Freguesia do Ó/Brasilândia; também aumentando o conhecimento do pesquisador e o conhecimento ou o nível de consciência das pessoas e grupos considerados. Eticamente, o cronograma proposto está de acordo com as atividades elaboradas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi redigido em forma de convite, linguagem acessível e está em consonância com a resolução vigente: Res. 466/12 - CONEP/CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_856518.pdf	27/01/2017 11:07:13		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoRafael.pdf	27/01/2017 11:03:04	RAFAEL TADEU DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao2.pdf	27/01/2017 09:50:16	RAFAEL TADEU DE ANDRADE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao1.pdf	27/01/2017 09:49:45	RAFAEL TADEU DE ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	27/01/2017	RAFAEL TADEU DE	Aceito

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
 Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Continuação do Parecer: 1.917.487

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09:49:30	ANDRADE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	27/01/2017 09:49:10	RAFAEL TADEU DE ANDRADE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 13 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Maritsa Carla de Bortoli
(Coordenador)

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br