



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA  
CDEAD/ ENSP  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Carla Ribeiro Monteiro Andreiuolo

”Serviço de Medicina Integral da Policlínica Naval de Niterói: uma  
contribuição para fortalecer o vínculo do usuário do Sistema de Saúde da Marinha  
na Atenção Primária”

Rio de Janeiro

2021

Carla Ribeiro Monteiro Andreiuolo

"Serviço de Medicina Integral da Policlínica Naval de Niterói: uma contribuição para fortalecer o vínculo do usuário do Sistema de Saúde da Marinha na Atenção Primária.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – EAD/ENSP/FIOCRUZ como requisito parcial no Curso de Especialização Gestão em Saúde.

Orientadora: Priscilla Caran Contarato

Rio de Janeiro

2021

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus por me dar fé, sabedoria e perseverança.

À minha família, em especial aos meus filhos Vitor, Rafael e Henrique e a meu esposo Fernando por me incentivarem e compreenderem meus períodos de ausência.

À minha OM, Policlínica Naval de Niterói e principalmente ao meu diretor CF (Md) Valmir Santos Silva por me apoiar consideravelmente desde o momento que soube que estaria neste curso de gestão. Um dos grandes incentivadores do tema e que me deu liberdade para trabalhá-lo da melhor forma possível.

Às oficiais médicas da Marinha do Brasil, CC (Md) Lorena Bicudo, CF (Md) Leniane, CC (Md) Cynara, CT (Md) Marina, CT (Md) Andréa Costa, 1T (Md) Natália Terra que foram muito atenciosas e demonstraram interesse e parceria durante o trabalho de campo. Aos médicos que me ajudaram na aplicação do questionário nos pacientes da triagem.

À CF (RM1-T) Rita Márcia, encarregada da ouvidoria da PNN, por ter me fornecido os subsídios necessários com tanta atenção e gentileza.

À minha orientadora Priscilla Caran Contarato pela sua dedicação e experiência. Sempre disponível para tirar nossas dúvidas.

À Marinha do Brasil por ter me conferido a oportunidade deste aprimoramento tão essencial no progresso da minha carreira naval.

## RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de contato dos indivíduos e de sua família com o sistema de saúde, proporcionando ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Este primeiro nível de contato, também denominado porta de entrada, tem sido motivo de muitos estudos, análises e encontros entre sociedade, profissionais de saúde e gestores com intuito de apresentar soluções para os desafios encontrados no dia a dia.

A Policlínica Naval de Niterói (PNN) é uma Organização Militar Hospitalar, responsável pela Assistência Médico Hospitalar, em nível primário e secundário, dos usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) na sua área de abrangência. Em 2020, o Serviço de Medicina Integral (SMI) da PNN foi reformulado com o objetivo de ampliar a oferta da assistência médica, à nível de atenção primária, por livre demanda. Apesar do seu pleno funcionamento, muitos pacientes continuavam solicitando a atenção médica especializada, assim como os especialistas não conseguiam contrarreferenciar seus pacientes. Desta forma, foi escolhido como situação-problema: vínculo precário entre usuários do SSM e o SMI da PNN. Após elencar diversas possíveis causas, selecionamos 2 causas críticas: atendimento por livre demanda, sem o paciente ter direito a ser acompanhado por um mesmo médico e baixa integração entre o SMI e a equipe de Programas de Saúde (PS) da PNN. Foram propostas algumas ações, entre elas: reunir coordenadores do SMI com médicos especialistas; selecionar 2 médicos generalistas para atender os contrarreferenciados e instalar a sala de acolhimento do SMI. Após a implementação dessas primeiras ações, observou-se que o número de pacientes contrarreferenciados subiu de 0 para 8 a 10 por mês e no último mês ocorreu apenas 1 queixa na ouvidoria, com relação à busca por especialista. Acreditamos que com a execução futura das outras ações, o objetivo de fortalecer o vínculo entre o usuário e o SMI será alcançado, trazendo grandes benefícios ao usuário e ao SSM.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Cuidado em Saúde. Atenção Integral à Saúde, Vínculo.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES, TABELAS, GRAFICOS

<b>Quadro I</b> – Matriz de Programação de ações I.....	29
<b>Quadro 2</b> – Matriz de Programação de Ações II.....	30

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1</b> Objetivos .....	<b>8</b>
1.1.1 Objetivo Geral.....	8
1.1.2 Objetivos Específicos.....	8
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1</b> Atenção primária à saúde: conceito, princípios e organização.....	<b>9</b>
2.1.1 Referência e Contrarreferência na Atenção Primária à Saúde .....	14
2.1.2 O Vínculo na Atenção Primária à Saúde .....	17
<b>2.2</b> SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA.....	<b>19</b>
2.2.1 Modelo assistencial de saúde na Marinha .....	20
2.2.2 Programas de Saúde da Marinha .....	22
<b>2.3</b> SERVIÇO DE MEDICINA INTEGRAL.....	<b>22</b>
2.3.1 Conceitos Gerais.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
2.3.3 Programa Primeiros Passos para Médicos .....	24
<b>3. O PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1</b> DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	<b>26</b>
<b>3.2</b> PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES.....	<b>28</b>
3.2.1 Matriz de Programação de Ações I .....	28
3.2.2 Matriz de Programação de Ações II .....	31
<b>3.3</b> GESTÃO DO PROJETO .....	<b>32</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário aplicado aos usuários, na triagem, antes de serem encaminhados ao SMI.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO A – Placas instaladas para facilitar acesso do usuário ao SMI .....</b>	<b>422</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>433</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O tema escolhido foi a organização do atendimento em saúde na atenção primária, na Policlínica Naval de Niterói. A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Um sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. A autora abordará, também, temas como vínculo e referência/contrarreferência na AB e sua importância nos cuidados primários à saúde. É consenso mundial que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados numa APS forte e resolutiva. A APS deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações visando à atenção integral, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica por meio de uma relação contínua e de confiança (Vínculo). Evidências mostram que sistemas de saúde com forte base na APS conseguem melhores resultados de saúde para a população, com mais equidade e melhor sustentabilidade.

Dessa forma, e objetivando fortalecer a oferta de cuidados próprios da APS com base no atributo essencial da integralidade (abrangência do cuidado) o Serviço de Medicina Integral (SMI) foi criado pela Diretoria de Saúde da Marinha e levado à Policlínicas e ambulatórios periféricos (via CMAM- Centro Médico Assistencial da Marinha) com objetivo de cuidar da saúde dos usuários de forma completa, integral e preventiva. Apesar do SMI da PNN estar bem estruturado e em pleno funcionamento, a ouvidoria apresentava um número considerável de reclamações de usuários solicitando consulta médica especializada. O SMI não conseguia identificar os pacientes contrarreferenciados dos especialistas. Assim percebíamos que o vínculo entre este importante serviço e nosso usuário ainda não estava fortalecido.

Desta forma, foi escolhido como situação-problema: vínculo precário entre usuários do Sistema de Saúde da Marinha (SSM) e o Serviço de Medicina Integral (SMI) da Policlínica Naval de Niterói (PNN). Após uma análise de campo e resposta ao questionário no setor de triagem, observa-se que a maior parte dos pacientes atendidos no SMI é para consulta de primeira vez ou querem passar pelo clínico para conseguir encaminhamento ao especialista. O aprazamento de algumas especialidades médicas continuava alto, ultrapassando 30 a 60 dias, uma vez que não conseguiam contrarreferenciar o paciente de baixa complexidade para o SMI. Em consequência, os pacientes que realmente precisavam de atendimento especializado (atenção secundária) não conseguiam atendimento no tempo correto, descompensavam a doença e sobrecarregavam a atenção terciária. O objetivo deste projeto de intervenção (após a identificação das principais causas críticas) foi montar ações e estratégias para fortalecer o vínculo entre o usuário e o SMI.

Assim, justifica-se a realização deste projeto de intervenção pois um vínculo fortalecido entre usuário e equipe de saúde na Atenção Primária aumenta a credibilidade no serviço de saúde ofertado e, por conseguinte, maior adesão ao tratamento, melhor planejamento de recursos materiais e humanos, permitindo que toda a Rede de Saúde melhore sua capacidade de atuação, garantindo qualidade e sustentabilidade.

## **1.1 Objetivos**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Fortalecer o vínculo do usuário do Sistema de Saúde da Marinha ao Serviço de Medicina Integral da Policlínica Naval de Niterói.

### **1.1.2 Objetivos Específicos**

a) Aumentar a taxa de retorno dos pacientes ao SMI (contrarreferenciados ou não), para dar continuidade ao tratamento das principais doenças crônicas não infecciosas.



- b) Capacitar 2 médicos generalistas para atendimento dos contrarreferenciados
- c) Aumentar a taxa de pacientes contrarreferenciados dos especialistas
- d) Implementar a equipe mínima multidisciplinar no acolhimento do SMI
- e) Aproximar a equipe dos Programas de Saúde dos usuários do SMI
- f) Fortalecer o nome SMI (Sistema de Medicina Integral) para que o usuário tenha consciência que será seu primeiro atendimento eletivo no Sistema de Saúde da Marinha (SSM).

Como forma de apoio aos intentos deste projeto de intervenção, foi realizada uma revisão bibliográfica através de publicações, artigos e revistas sobre o tema, gerando o referencial teórico, devendo-se enfatizar que a maior parte das referências utilizadas são normativas nacionais da saúde ou políticas públicas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Atenção Primária à Saúde: Conceito, Princípios e Organização**

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada em 1978 em Alma Ata, reafirmou a saúde como um direito humano fundamental. Além disso, preconizou, como a mais importante meta social mundial a ser alcançada, a obtenção do mais alto nível possível de saúde, o que requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Desde então, a OMS enfatiza que a APS é a chave para que esses objetivos sejam atingidos. Em agosto de 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) divulgou seu posicionamento, ao difundir a ideia de que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. Em 2008, a OMS, com o Relatório Mundial de Saúde, reforçou essa orientação com a afirmação que dá nome àquela publicação: APS – agora mais do que nunca! Mais recentemente, em outubro de 2018, ao completarmos 40 anos de Alma Ata, a Conferência Global sobre APS produziu a Declaração de Astana. Tal documento destaca ser a APS “o enfoque

mais eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde, o que faz dela um alicerce necessário para conseguir a cobertura universal de saúde”. (BRASIL, 2021)

A própria OMS definiu a APS, ainda na conferência de 1978, como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias (...). Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

Partindo do marco teórico acadêmico, as mais importantes evidências na literatura mundial sobre APS advêm de Barbara Starfield, professora e pesquisadora da Universidade Johns Hopkins, nos Estados Unidos. (Starfield,1992) define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS. Entende-se a APS como uma forma de organizar e integrar, a partir de uma perspectiva da população, os serviços de saúde. Um sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Contudo, a APS vai além por assegurar o cuidado no primeiro atendimento, tendo as famílias e comunidades como sua base de organização, assim como recursos humanos e tecnológicos adequados e sustentáveis, observando o significado real de sustentabilidade como capacidade de atender às necessidades do presente sem comprometer a capacidade de atender às do futuro.

Desse conceito, (Starfield,1992) definiu os quatro atributos essenciais da APS: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema. Estabeleceu também outras três características denominadas atributos derivados: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde

pode ser considerado provedor de atenção primária, e essa atenção terá maior força se os atributos derivados também estiverem presentes . A seguir são listadas as definições de cada atributo da APS:

- 1) Acesso (primeiro contato): implica acessibilidade e utilização dos serviços pelas pessoas para cada problema novo ou para cada novo episódio do problema já existente.
- 2) Longitudinalidade: é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Além disso, a ligação entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre as pessoas atendidas e os profissionais de saúde.
- 3) Integralidade: a atenção primária deve organizar-se de tal forma que o cidadão tenha todos os serviços de saúde necessários, identificando e proporcionando os serviços preventivos, bem como serviços que possibilitem o diagnóstico e o tratamento das doenças, estabelecendo também a forma adequada para a resolução de problemas, sejam orgânicos, funcionais ou sociais.
- 4) Coordenação: o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o cidadão recebe nos diferentes níveis do sistema de saúde.
- 5) Atenção centrada na família (orientação familiar): é o conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças.
- 6) Orientação comunitária: é o conhecimento, por parte do provedor da atenção, das necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; envolve também o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.
- 7) Competência cultural: é a adaptação e capacidade do provedor do cuidado (profissional de saúde) em facilitar a relação com a população que apresenta características culturais especiais.

Assim, com base nos referenciais de Starfield e nos documentos da OMS e Opas, podemos afirmar que: é consenso mundial que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados numa APS forte e resolutiva; a APS é estruturante para

a organização e sustentabilidade do sistema de saúde ao alcançar resultados com equidade; a APS deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações visando à atenção integral, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica por meio de uma relação contínua e de confiança. Evidências mostram que sistemas de saúde com forte base na APS conseguem melhores resultados de saúde para a população, com mais equidade e melhor sustentabilidade. (BRASIL, 2018).

No Brasil, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a qual é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2011). Há diversas estratégias governamentais voltadas para AB, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (BRASIL, 2013)

Estas estratégias são essenciais para implantar um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas.

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

A partir de 1994, surge a formulação do Programa Saúde da Família, depois denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde, o qual se constitui em uma das principais tentativas de superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e também de busca da implementação dos princípios do SUS. A ESF apresenta-se como eixo estruturante do processo de reorganização do sistema de saúde, baseado na APS.

É recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados à equipe saúde da família, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Os profissionais de saúde devem estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para as atividades comunitárias e em grupo. Os benefícios de sistemas de saúde sustentados por atenção primária à saúde de qualidade são reconhecidos internacionalmente, e há certo consenso entre formuladores de políticas de que a atenção primária deva ser fortalecida.

### 2.1.1 Referência e Contrarreferência na Atenção Primária à Saúde

O Sistema Único de Saúde - SUS - como sistema de saúde público brasileiro, deve funcionar como uma rede integrada para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, permitindo o acompanhamento do indivíduo nos diferentes níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades. Nesse sentido, foi criada a Estratégia Saúde da Família - ESF para reorientar o modelo de assistência a partir da atenção primária à saúde - APS, em conformidade com os princípios do SUS. A ESF é uma nova forma de cuidar da saúde, tendo a família e o seu espaço social como o núcleo básico da atenção. A atenção à saúde deve ocorrer de forma integral, contínua e em diferentes níveis, envolvendo ações de prevenção das doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação. Essa nova forma de cuidar requer dos profissionais de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. (FACCHINI,2018)

O cuidar na ESF requer também ações intersetoriais a partir da utilização de um planejamento local participativo como ação reguladora da resolutividade, eficiência e eficácia do serviço. E, para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF, o trabalho em equipe é considerado essencial. No entanto, existem obstáculos para a construção de um trabalho em equipe participativo, entre eles, cabe ressaltar: a valorização social diferenciada entre as diferentes categorias profissionais que disciplina as relações de subordinação entre os trabalhadores; as falhas no processo de formação profissional; a inadequação na organização e nos processos de trabalho. Tais embaraços resultam na ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido pela equipe, o que pode desencadear em descontinuidade das ações e fragmentação da assistência à saúde.

A integração da rede de serviços, na perspectiva da Atenção Primária, envolve uma série de fatores, entre eles, a existência de um serviço de procura regular, a constituição dos serviços de APS como porta de entrada preferencial, a garantia de acesso aos diversos níveis de atenção por meio de estratégias que associem as ações e os serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas, com mecanismos formalizados de referência e a coordenação das ações pela equipe de APS, garantindo o cuidado contínuo.

Integração, coordenação e continuidade são processos interrelacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos: sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Entende-se por referência e contrarreferência a organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos. A rede prevê diferentes níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos entre diversos setores de saúde. O sistema em rede deve fomentar e assegurar vínculos nas dimensões intraequipes, intequipes/serviços, entre profissionais da saúde e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. A articulação entre os diversos setores da rede exige recomposição de processos de trabalho distintos e, portanto, conexões e interfaces entre as intervenções técnicas de cada área profissional, no entanto, com a manutenção das respectivas especificidades.

A grande maioria dos profissionais referencia os usuários da APS para os outros níveis de atenção, do próprio setor público de saúde. Esse resultado condiz com a forma que o SUS foi planejado, ou seja, em diferentes níveis de atenção. Muitos dos procedimentos do setor saúde são executados restritamente nos níveis de alta e média complexidade. Espera-se que a APS atue no sentido da vigilância em saúde e, dessa forma, consiga atender a maioria das situações previstas em um território da ESF. O baixo impacto resolutivo do sistema de saúde tem sido explicado por diversas razões, sendo que uma delas é o baixo grau de resolutividade da atenção primária, inchando a demanda nos demais níveis de complexidade. Os níveis secundário e terciário, pela natureza de alta tecnologia e tipo de financiamento, acabam por não absorverem todos os encaminhamentos recebidos do nível primário, criando os conhecidos gargalos. A resolutividade dos serviços de saúde no modelo hierarquizado por níveis de atenção, pode ser avaliada por dois aspectos. O primeiro, dentro do próprio serviço, quanto à capacidade de atender à demanda e de encaminhar os casos que necessitam de atendimento mais especializado. Já o segundo aspecto de avaliação estaria dentro do sistema de saúde, que se estende desde a consulta inicial do usuário no serviço de atenção primária à saúde até a solução de seu problema em outros níveis de atenção à saúde. (RIBAS,2018)

Em um artigo foi constatado que a maioria dos pesquisados (médicos da APS) afirmou que as pessoas referenciadas para outros níveis de atenção têm encontrado dificuldades para o atendimento. Esse resultado caracteriza um desrespeito ao princípio da integralidade das ações em saúde, previsto pelo SUS. Para respeitar os princípios defendidos pelo SUS – universalidade, integralidade e equidade – é preciso enfatizar o trabalho em equipe e englobar um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que envolvem promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A integralidade tem um conceito abrangente, que instiga a organização de novos serviços de saúde, e a revisão das práticas sanitárias e dos processos de trabalho, de modo que o atendimento integral priorize as atividades preventivas, sem negligenciar, no entanto, os serviços assistenciais. Na prática, verifica-se que o usuário do SUS depara-se com dificuldade de acesso aos serviços de referência para a realização de consultas e exames. Essa dificuldade de acesso aos serviços gera uma demora à assistência à saúde, fato que pode comprometer o diagnóstico das doenças sob suspeita, contrariando o modelo de vigilância em saúde. Ademais, a falta de acesso aos serviços de média e alta complexidade compromete a integralidade da atenção. Portanto, pode-se considerar que um dos problemas enfrentados na efetivação de assistência à saúde com qualidade configura-se na quebra da integralidade entre os níveis de assistência à saúde. (SILVA, 2021)

Estudo demonstrou que a contrarreferência para a ESF não tem acontecido, após o atendimento em outros níveis de atenção. Uma questão que se repete é a dificuldade no trabalho de conscientização de todos os funcionários envolvidos na assistência à saúde quanto à importância da contrarreferência para a atenção primária à saúde - APS. Ademais, o profissional que trabalha nos setores de média e alta complexidade e que tenha uma formação estritamente especializada muitas vezes desconhece a importância do funcionamento de um sistema de saúde em rede articulada e do papel fundamental da APS como coordenadora dessa rede. Outra hipótese é que as pessoas não são contrarreferenciadas porque não estão conseguindo o atendimento no setor de saúde público, de média e alta complexidade, a que foram referenciadas, como nos hospitais e clínicas médicas. (COSTA, 2013)



O usuário dos serviços de saúde deve ser compreendido na sua totalidade, considerando os seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência à saúde de modo integral, mesmo na dimensão individual, deveria apresentar um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos entre os usuários e os cuidadores, por meio do acolhimento.

Portanto, em qualquer nível de atenção à saúde, os usuários têm o direito de serem ouvidos e assistidos conforme suas demandas. A abordagem à assistência deve ser de forma integrada por meio da articulação de todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. E, para isso, o mapeamento da assistência à saúde por meio do acompanhamento da linha do cuidado evitaria a fragmentação nos diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, se as pessoas referenciadas fossem atendidas ou pelo menos acolhidas nos outros níveis de atenção e contrarreferenciadas à ESF seria uma forma de mapear a assistência e propor melhoras na qualidade do serviço. E, nos casos em que os outros níveis não pudessem prestar o atendimento ao usuário, se pelo menos fizessem o acolhimento e contrarreferenciassem para ESF, explicitando o motivo do não atendimento, isso contribuiria para avaliar o funcionamento do sistema em rede e planejar ações políticas de enfrentamento ao problema. Ademais, a contrarreferência pode contribuir para a educação permanente dos profissionais da atenção primária, que terão oportunidade de certificar e avaliar os diagnósticos efetuados e que embasaram a tomada de decisão para o encaminhamento.

### 2.1.2 O Vínculo na Atenção Primária à Saúde

O vínculo é um dos componentes operacionais que compõem as necessidades de saúde de usuários. Sua produção foi defendida como diretriz tecnoassistencial em várias experiências municipais de implantação do SUS nas décadas de 1980-90. No fim dos anos 1990, é possível encontrá-lo em alguns documentos ministeriais relativos à AB sob o nome de “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, uma versão do conceito como algo propiciado pela convivência contínua e com potencial para “[...] a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos”. (CECÍLIO, 2006, pág 22)

Documentos do início dos anos 2000 o trazem como diretriz operacional para a materialização dos princípios do SUS. Na portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o termo é entendido ora como princípio, ora como fundamento e diretriz da Atenção Básica, e aparece sob uma definição mais precisa, na qual o vínculo “[...] consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.” (BRASIL, 2012)

Traz, ainda, o vínculo como dispositivo requerido para a coordenação do cuidado: “A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado.”(CECÍLIO,2006, pág 25)

O vínculo longitudinal (VL) é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), com um papel fundamental no processo de trabalho em saúde da família e no cuidado. O vínculo, como prática organizacional, deve ser utilizado no trabalho em equipe, práticas de educação em saúde e visita domiciliar como estratégias para o cuidado e a afinidade interpessoal como fortalecedor da empatia e da relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário, auxiliando na construção de autonomia dos doentes crônicos. O VL é um dispositivo presente e relevante no processo de trabalho em saúde da família, porém ameaçado pelo excesso de trabalho e burocracia e pela falta de tempo para o desenvolvimento das atividades. (SANTOS,2018)

Chamando a compreensão expressa na PNAB para o debate, sem, no entanto, tomá-la como portadora de uma verdade sobre o tema, o vínculo implicaria no conhecimento das histórias de vida dos usuários e constituiria algo que precisa ser permanentemente construído entre trabalhadores e usuários, algo que implicaria uma confiança mútua e que constituiria a expressão do acontecimento do cuidado, tomado aqui como produção no encontro intercessor.

Em uma revisão sobre vínculo na atenção à saúde no Brasil, autores concluíram que o estabelecimento deste tipo de relação entre equipes e usuários poderia, inclusive, melhorar o conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida e motivá-los a buscarem juntos as soluções para estes e para a melhoria dos serviços.(BRUNELLO,2010)

Entende-se que o vínculo será ou não desenvolvido no contexto do trabalho em saúde, dependendo do modo como se dão as relações entre trabalhadores de diversas formações e destes com os usuários. É da natureza do trabalho em saúde, ser vivo e produzido em ato nos vários encontros entre trabalhador e usuário, no qual ambos exercem seu autogoverno, trazendo consigo seus valores e histórias de vida. (SEIXAS,2016)

Seixas et al(2016) sugerem que o vínculo é algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído – ou nunca ser alcançado – e que, portanto, precisa ser cuidado. Nesse sentido, vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”, ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações, que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber que, na maioria das vezes, é diferente do seu, sendo que isso enriquece a prática.

Seixas et al(2019) propõe uma torção da ideia de “adesão do usuário ao tratamento” para a perspectiva de “adesão da equipe ao projeto do outro”, para possibilitar centralidade às necessidades identificadas pelo outro a partir de seu mundo e de sua perspectiva de como deseja viver.

O vínculo longitudinal é um atributo essencial da Atenção Primária à Saúde (APS), com um papel fundamental no processo de trabalho em saúde da família e no cuidado.

## 2.2 SISTEMA DE SAÚDE DA MARINHA

O Sistema de Saúde da Marinha (SSM) é o conjunto organizado de recursos humanos, materiais, financeiros, tecnológicos e de informações, destinado a prover as atividades de saúde na Marinha do Brasil (MB). Para atender às suas atividades,

o SSM é composto de três subsistemas: Assistencial; Médico-Pericial; e Medicina Operativa (BRASIL, 2018).

O Subsistema Assistencial é o responsável pela prestação da Assistência Médica Hospitalar (AMH) aos usuários do SSM, a qual é prestada de forma regional, hierarquizada, integrada, com ações objetivas para prevenção de doenças, recuperação e manutenção da saúde. O SSM prestará a AMH, segundo os três eixos de ações de saúde: Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde, Atenção Básica e Atenção Especializada. (BRASIL, 2013)

### 2.2.1 Modelo Assistencial de Saúde na Marinha

O modelo assistencial da MB, definido pela Política Assistencial para o Sistema de Saúde da Marinha (PASSM), está dividido em três eixos de ação independentes e que interagem entre si para melhor ordenação e custo benefício da oferta de serviços, da prevenção de agravos e da promoção da saúde do usuário. São eles: Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde; Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada. (BRASIL, 2013).

#### 1- Primeiro Eixo: Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde

Consiste nas ações antecipadas com o objetivo de interceptar ou anular a evolução de uma doença. É coordenado pelo Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) em âmbito nacional, a partir do desenvolvimento dos Programas de Saúde e Campanhas Assistenciais de esclarecimento, diagnóstico e prevenção em saúde, executados por toda a rede própria do SSM, em âmbito nacional.

#### 2- Segundo Eixo: Atenção Básica

A Atenção Básica é entendida como o primeiro nível da assistência à saúde. Emprega tecnologia de baixa complexidade, mais simples e de menor custo, sendo capaz de solucionar a maior parte dos problemas de saúde. Consiste em serviços básicos de saúde, essencialmente ambulatoriais. É representado por especialidades generalistas, por consultas básicas de enfermagem e de odontologia, por serviços de Análises Clínicas e radiologia com capacidade de realização de exames simples, reabilitação e assistência domiciliar.

A Atenção Básica no SSM é executada pelos Hospitais Navais Distritais, Policlínicas e Ambulatórios Navais por meio do Serviço de Medicina Integral (SMI). Esse Serviço atua como porta de entrada, sendo responsável pela ordenação do cuidado à saúde e condução dos usuários na Rede Integrada de Atenção à Saúde do Sistema de Saúde da Marinha (RIASSSM). O SMI destina-se a regular o fluxo de atendimento em todas as clínicas, exceto pediatria/puericultura, ginecologia-obstetrícia e oftalmologia, priorizando a Atenção Básica, mas coordenando a perfeita integração desta com a atenção especializada de modo a contribuir para o uso eficiente e racional dos recursos materiais e humanos na assistência à saúde.

### 3- Terceiro Eixo: Atenção Especializada

A Atenção Especializada é entendida como o segundo nível de assistência à saúde e é subdividida em média e alta complexidade, sendo o seu acesso realizado por meio de encaminhamento proveniente da atenção básica. A Atenção Especializada de Média Complexidade compreende o conjunto de procedimentos que exige profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. É desenvolvida pelo Hospital Naval Marcílio Dias, Hospitais Navais Distritais, Policlínicas Navais, Odontoclínica Central da Marinha e Unidade Integrada de Saúde Mental.

A Atenção Especializada de Alta Complexidade em saúde compreende o conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo, que devem ser referenciadas com objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados e de alta resolutividade.

Com vistas à ordenação do fluxo da assistência à saúde segundo critérios da Atenção Básica e Atenção Especializada, para a assistência médica ambulatorial de Média e Alta Complexidade, a MB adota o “Sistema de Referência e Contrarreferência” em algumas especialidades e procedimentos. O referenciamento deve ser originado na Atenção Básica, quando constatada a necessidade de consulta/exame, mediante avaliação médica do SMI. De modo semelhante, para a assistência odontológica, o referenciamento deve ter origem nas clínicas odontológicas da Atenção Básica.

### 2.2.2 Programas de Saúde da Marinha

Para enfrentar os desafios referentes ao gerenciamento cada vez mais complexo de um Sistema de Saúde oferecem cobertura total aos seus usuários, como é o SSM, a Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), Órgão Normatizador das ações em saúde, concebeu como estratégia assistencial a implantação dos Programas de Saúde da Marinha (PSM), a partir do ano 2000.

Os Programas de Saúde da Marinha (PSM) são desenvolvidos a partir de linhas de cuidado e estão descritos no Manual dos Programas de Saúde da Marinha – DSM 2006 (BRASIL, 2015b). Dentre os vários programas pode-se citar: Programa de Imunização, Programa de Diabetes, Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde do Idoso, Programa de Hipertensão Arterial, entre outros (BRASIL, 2015b). O Programa descreve as atribuições de cada membro da equipe de saúde (auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico) e destaca a importância da ação interdisciplinar na prevenção e controle do DM (BRASIL, 2015b).

### 2.2.3 SERVIÇO DE MEDICINA INTEGRAL

O Serviço de Medicina Integral (SMI) é o ordenador do cuidado à saúde, atua como a porta de entrada do SSM e é o responsável pela condução dos usuários na Rede Integrada de Atenção à Saúde do Sistema de Saúde da Marinha (RIASSSM). Destina-se a regular o fluxo de atendimento em todas as clínicas, exceto pediatria/puericultura, ginecologia-obstetrícia e oftalmologia, promover e priorizar a Atenção Básica à Saúde (ABS) na prevenção de doenças, diminuir os apazamentos e utilizar de forma eficiente e racional os recursos da Marinha do Brasil (MB) e a mão de obra do SSM.

O SMI, com a atuação dos profissionais, precipuamente médicos, será organizado para prestar atendimento no primeiro eixo da assistência à saúde, que corresponde à Atenção Básica em Saúde (ABS), que encaminhará adequadamente os usuários aos serviços especializados somente depois de esgotadas as possibilidades terapêuticas por meio do mecanismo gatekeeping (controle de acesso), com o objetivo de garantir a qualidade e a adequação da posição da

Assistência Primária na rede de atenção como preconizado na Política Assistencial do SSM.

O paciente não precisa marcar consulta (atendimento por livre demanda), podendo resolver seus problemas de saúde no mesmo dia e será orientado a retornar ao SMI para controle ou acompanhamento das doenças crônicas. Será encaminhado ao médico especialista de acordo com critérios de protocolos específicos e com a gravidade do caso. A equipe do SMI será formada por um Oficial Superior Médico (Ativa ou Veterano), preferencialmente especializado em clínica médica, que será o gerente do SMI, um Oficial Intermediário ou Subalterno (generalista, médico da família ou especializado em clínica médica) e por um quantitativo de Oficiais Médicos Subalternos (Corpo de Saúde da Marinha ou da Reserva da Marinha) de acordo com a demanda estimada pelas OM, levando em conta o número de usuários de sua área de abrangência e da média histórica de atendimentos.

O SMI deverá estar subordinado administrativamente ao Departamento Médico ou de Saúde, conforme o Organograma da OM e, tecnicamente, ao Centro de Coordenação do Serviço de Medicina Integral do CMAM (CCSMI). Os membros que compõem as equipes dos SMI são coordenados e supervisionados pelo gerente do SMI. O atendimento será prestado em ambiente com recepção, sala de espera, banheiro unissex adaptado e consultórios médicos devidamente equipados (BRASIL, DSM 2010, 2020).

A coordenação do cuidado entre os níveis de atenção à saúde, busca acolher o problema dos usuários com continuidade e elevado grau de resolutividade. Os casos, nos quais a avaliação do especialista é indispensável para a investigação diagnóstica e os que não são possíveis de serem resolvidos no SMI, deverão ser encaminhados ao especialista (referência). Após a alta do especialista, os usuários deverão retornar ao SMI para acompanhamento (contrarreferência). Durante o acompanhamento especializado, caso haja alguma outra demanda em saúde, os usuários deverão comparecer ao SMI para avaliação e consulta. Os pacientes encaminhados aos especialistas ou que necessitem de exames complementares deverão ser direcionados ao Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) ou serviço equivalente das OM, para atendimento e para a marcação das consultas e dos exames complementares. Após consulta no

SMI, todos os pacientes deverão ser incluídos nos Programas de Saúde da Marinha (PSM) relacionados às patologias que motivaram a buscar o atendimento, independente da necessidade de encaminhamento aos especialistas (BRASIL, DSM 2010,2020).

### 2.3.1 Programa “Primeiros Passos para Médicos”

O Programa “Primeiros Passos para Médicos” compreende o treinamento dos oficiais médicos recém-embarcados na PNN, sejam eles do Corpo de Saúde da Marinha, do Serviço Militar Voluntário (SMV) ou do Serviço Militar Obrigatório (SMO), por meio de Palestras de Nivelamento, divulgação de Protocolos Clínicos, supervisão e orientação por oficial médico clínico experiente, além de palestras de Educação Continuada. O Programa é composto de duas fases. A primeira fase tem início pouco depois da apresentação dos oficiais à OM e a segunda fase representa a adaptação dos oficiais médicos à rotina do SEP e do SMI, acompanhando os oficiais que já estão exercendo suas funções nos referidos setores (Anexo A-10 da publicação DSM, 2010).

Seu propósito é orientar os oficiais médicos recém-embarcados sobre o funcionamento da PNN e prepará-los para atuarem no SMI e no Serviço de Estabilização de Pacientes (SEP) (ORDEM INTERNA Nº 10-36 PNN 2021).

O Programa Primeiros Passos está subordinado à Divisão de Medicina e sua organização é de responsabilidade da equipe nomeada por Portaria do Diretor da Policlínica Naval de Niterói (PNN).

Dentre as ações programadas, destacam-se: promover um ciclo de Qualificação, com conteúdo profissional teórico e prático, abrangendo os assuntos especificados no Anexo A-10 da publicação DSM 2010 e outros que julgar ser de interesse para o serviço na PNN; apresentar a localização, estrutura e rotina do SMI, bem como dos processos administrativos e técnicos para atendimento dos pacientes.

## **3 O PROJETO DE INTERVENÇÃO**



Este projeto de intervenção está ancorado nos conceitos e ferramentas do enfoque estratégico situacional.

A Policlínica Naval de Niterói criada pela Portaria 175 do Comandante da Marinha em 11 de maio de 2010, fica instalada no Complexo Naval da Ponta da Armação, em Niterói-RJ. É subordinada ao Centro Médico Assistencial da Marinha (CMAM) e tem como missão: contribuir para a eficácia do SSM, no tocante à execução das atividades atinentes ao subsistema assistencial, em nível primário e secundário. Tem como visão: ser reconhecida, até 2025, pelos usuários do SSM, pela excelência no atendimento de atenção básica e de média complexidade, bem como nos serviços de apoio ao diagnóstico. Ampliar o reconhecimento na MB e de instituições extra MB, até 2025, pela qualidade em gestão em virtude das boas práticas implementadas. Possui um serviço de estabilização de paciente (SEP) que funciona 24h, um SMI e oferece atendimento ambulatorial em diversas especialidades médicas, psicologia e fisioterapia (Cartas de Serviços ao Usuário).

A PNN realiza atividades diversas voltadas para a prevenção e promoção da saúde através da aplicação dos Programas de Saúde (PS): Imunização, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, DST/AIDS, Dermatologia Sanitária, Saúde Bucal, Saúde Mental, Reabilitação, Atenção às Doenças Profissionais, Saúde do Idoso, Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem, Saúde da Mulher e Atenção Farmacêutica. Os pacientes são cadastrados, de forma voluntária, nos PS pelos médicos que atendem no SMI.

O SMI da PNN funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 18 horas, e atende os usuários com idade a partir dos 12 anos. Os idosos que não preenchem critérios de inscrição no Núcleo de Atendimento ao Idoso na Marinha (NAIM), também são atendidos pelo SMI. Está subordinado tecnicamente ao Centro de Coordenação do Serviço de Medicina Integral (CCSMI), do CMAM. O objetivo do SMI é atender o usuário e resolver seus problemas agudos de menor gravidade no ato da consulta, bem como acompanhar seus problemas crônicos, tais como hipertensão e diabetes, incluindo-o nos Programas de Saúde da Marinha (PSM) para que sejam atendidos de forma mais abrangente. De acordo com a gravidade do problema, e obedecendo a critérios estabelecidos por protocolos específicos, o usuário pode ser encaminhado ao médico especialista, através da Guia de Encaminhamento (Carta de serviços - PNN, 2021).

São realizados atendimentos ambulatoriais nas especialidades de pediatria e puericultura, ginecologia/obstetrícia, dermatologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, urologia, ortopedia, psiquiatria, fisioterapia, psicologia, nutrição e odontologia integrada, realizam coleta e processamentos de exames laboratoriais, venda de medicamentos do Setor de Distribuição de Medicamentos (SeDiMe), exames radiológicos simples e ultrassonografia.

Seu lema “Aqui Somos Doutores da Saúde e não da Doença” traduz a proposta de gestão e o compromisso em oferecer aos usuários um atendimento de excelência, humanizado e de qualidade técnico-profissional, focado na transparência e ética.

### 3.2 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

O problema escolhido foi o vínculo precário entre usuários do SSM e o SMI da Policlínica Naval de Niterói. Com isso, formulou-se a seguinte pergunta: Que problemas contribuem para o vínculo precário dos pacientes ao SMI da PNN?

Todos os médicos com quem eu conversava e que atuavam no setor da Triagem tinham a mesma impressão: a maioria dos pacientes parece que só nos procura para pegar encaminhamento para o médico especialista. Mesmo com o SMI em pleno funcionamento, organizado para oferecer atendimento médico, por livre demanda, no nível de atenção primária, notava-se que a procura por especialistas médicos continuava alta. Além disto, surgiam muitas queixas na ouvidoria com relação à dificuldade em manter tratamento com o mesmo médico, reuniões administrativas sinalizando apazamento aumentado e nenhum paciente contrarreferenciado das especialidades médicas. Esta situação despertou na autora o interesse em investigar se um vínculo precário entre o usuário e o SMI seria uma situação-problema que merecesse intervenção. Para comprovar nossa hipótese e como a triagem é o primeiro local de acolhimento ao usuário que busca atendimento médico, formulamos um questionário (Apêndice A) que foi aplicado em 489 pacientes, no período de 05 a 14 de julho de 2021, e obtivemos o seguinte resultado:

- 90,6% não sabiam o significado da sigla SMI.

- 66,47% eram pacientes que buscavam algum atendimento médico pela 1ª vez (43,77%) ou queriam encaminhamento ao especialista (22,70%).

- 33,53% estavam retornando para manter o tratamento

- 92,4% não pertenciam a nenhum Programa de Saúde.

Assim, foram identificados os seguintes descritores para o problema:

- Nenhum paciente contrarreferenciado dos especialistas (formulário de referência e contrarreferência do Saúde Naval devidamente preenchido e entregue ao médico do SMI)

- 33,53% dos pacientes, que chegam ao SMI, são retorno para dar continuidade ao tratamento iniciado no SMI

- 66,47% são 1ª vez ou querem pedir encaminhamento ao especialista

- 92,4% dos pacientes direcionados ao SMI, não estão inscritos nos Programas de Saúde da PNN

- 13 Reclamações na ouvidoria (agosto 2020 a abril 2021).

No desenvolver da pesquisa, esta autora deparou-se com algumas possíveis causas que poderiam explicar o problema.

Como possíveis causas pode-se elencar:

1. Atendimento por livre demanda, sem o paciente ter direito a ser acompanhado por um mesmo médico.
2. Continuidade do tratamento de doenças crônicas com médicos diferentes
3. Alto rodízio de médicos no SMI (composta principalmente por médicos do Serviço Militar Obrigatório), sem uma equipe médica fixa.
4. Baixa integração entre o SMI e a equipe de Programas de Saúde da Marinha (PSM) da PNN.
5. Falta de especialização em Clínica Médica ou Medicina da Família da equipe médica e de enfermagem.
6. Os médicos do SMI não seguem um protocolo único, que é a DSM 2010 e o POP do SMI que é a referência para guiar o tratamento dos pacientes da baixa complexidade.
7. Poucos setores da PNN sabem orientar os pacientes de forma correta a procurar o SMI antes de pedir uma nova consulta com as especialidades médicas.

8. Ausência de um “espaço” no SMI para pacientes contrarreferenciados das especialidades principalmente: cardiologia, endocrinologia e gastroenterologia, com agenda específica com um médico que dedique mais tempo a estes pacientes.

Definimos como causas críticas:

9. Atendimento por livre demanda, sem o paciente ter direito a ser acompanhado por um mesmo médico (rodízio grande de médicos)
10. Baixa integração entre o SMI e a equipe de Programas de Saúde da Marinha (PSM) da PNN.

### 3.3 PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES

A programação das ações foi elaborada após a definição da situação problema e suas causas críticas, em que se define as atividades a serem realizadas, os recursos necessários, os produtos, os responsáveis e o tempo de realização para modificar a situação problema inicial. Essas matrizes estão descritas abaixo.

#### 4.2.1 Matriz de Programação de Ações I

Causa crítica 01:

Quadro I – Matriz de Programação de ações I

<b>Problema a ser enfrentado</b>	”Vínculo precário entre os usuários do Sistema de Saúde da Marinha e o Serviço de Medicina Integral (SMI) da Policlínica Naval de Niterói”
<b>Descritores</b>	- Nenhum paciente contrarreferenciado dos especialistas  - 33,53% dos pacientes que chegam ao SMI são RETORNO para dar continuidade ao tratamento iniciado no SMI

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 66,47% são 1ª vez ou querem pedir encaminhamento ao especialista</li> <li>- 92,4% dos pacientes direcionados ao SMI, não estão inscritos nos Programas de Saúde da PNN</li> <li>- 13 Reclamações na ouvidoria</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de pacientes contrarreferenciados dos especialistas</li> <li>- Percentual de pacientes que passam pela triagem para manter tratamento no SMI</li> <li>- Percentual de pacientes inscritos nos programas de saúde da PNN.</li> <li>- Número de reclamações na ouvidoria</li> </ul>
<b>Meta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar para 10 por mês o número de pacientes contrarreferenciados até outubro de 2021 e para 15 por mês até dezembro de 2021;</li> <li>- Aumentar para 30% o número de pacientes inscritos nos Programas de Saúde até dezembro de 2021;</li> <li>- Aumentar o percentual de pacientes em continuidade de tratamento no SMI para 40% até dezembro de 2021 e 50% até março de 2022;</li> <li>- Diminuir em 70% o número de reclamações na ouvidoria até março de 2022</li> </ul>
<b>Resultado esperado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer o vínculo entre usuário e SMI</li> </ul>

<b>Causa crítica 1: Atendimento por livre demanda, sem o paciente ter direito a ser acompanhado por um mesmo médico (rodízio grande de médicos)</b>				
<b>Ações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável</b> (Nome da pessoa e não do setor em que trabalha)
Selecionar 02 médicos com aptidão para atendimento dos pacientes contrarreferenciados dos especialistas	Humanos Cognitivo	02 médicos militares selecionados	30/09/2021	CC (Md) Lorena
				CF (Md) Leniane
Reunião de especialistas e CCSMI	Humanos Cognitivo	Reunião realizada	20/09/21	CMG (Md) Cláudia CF (Md) Lúcio Costa
Identificar os pacientes, de baixa complexidade, que deverão ser contrarreferenciados ao SMI		Pacientes identificados	30/09/2021	CC Carla Ribeiro, CC Lorena, CC Laíse, CT Marina, CT Manoela, CT Andrea Costa, SC Cíntia, SC Jorge
	Humano cognitivo			
Instalar placas sinalizadoras do SMI	Político Financeiro	Placas instaladas	Setembro	CC (Md) Letícia Hottz
Capacitar o médico generalista, através da Continuidade do Programa Primeiros Passos, com reuniões mensais entre o SMI e os especialistas da PNN	Físico Humano	Médicos capacitados	01/12/2021	CC (Md) Carla Ribeiro, CC Lorena, CT Marina, CT Manoela e CT Andrea Costa

Orientar a secretária do SMI para atender o pedido do paciente de manter a continuidade do seu tratamento com o mesmo médico	Humano	Secretária orientada	Novembro de 2021	CC (Md) Carla Ribeiro; CC (Md) Lorena; Sra. Tereza
--	--------	----------------------	------------------	--

Fonte: própria autora.

#### 4.2.2 Matriz de Programação de Ações II

Causa crítica 02:

#### Quadro 2 – Matriz de Programação de Ações II

<b>Causa crítica 2: Baixa integração entre o SMI e a equipe de Programas de Saúde da Marinha (PSM) da PNN</b>				
<b>Ações</b>	<b>Recursos necessários</b>	<b>Produtos a serem alcançados</b>	<b>Prazo de conclusão</b>	<b>Responsável</b>
Implementar a equipe mínima do SMI que consta na DSM-2010. “Acolhimento do SMI”	Humanos	Equipe mínima implementada	Dezembro de 2021	CF (Md) Fabiana Borges; CC (Md) Marisa; CC (Md) Lorena
	Físicos Políticos			
Capacitar a equipe mínima do SMI	Humanos cognitivos	Equipe Mínima capacitada	Fevereiro de 2022	CC(Md) Carla Ribeiro CF(S) Marisa
Inscrever a maioria dos pacientes nos principais PSM (Hipertensão, diabetes e saúde mental) assim que eles saem do	Físico Humano	Pacientes inscritos nos PSM	Dezembro de 2021	CC (Md) Laíse; CC (Md) Carla

atendimento médico do SMI				
Instalar a sala de Programas de Saúde, próximo ao SMI e com acesso aos usuários	Físico Humano Político	Sala dos PSM instalada	Janeiro de 2022	CC (Md) Carla; CC (Md) Lorena; CC (Md) Laíse; CT (Md) Andréa; CT (Md) Manoela Rolim; 1T (Md) Vicentim;
Reuniões bimestrais entre as equipes: SMI, Programas de Saúde da PNN e as especialidades médicas envolvidas	Humanos Físico Cognitivo	Reuniões agendadas com cronograma estabelecido	Outubro de 2021	CC (Md) Carla Ribeiro; CC (Md) Lorena

**Fonte: própria autora.**

#### 4.3 GESTÃO DO PROJETO

A gestão do projeto será realizada por esta autora, juntamente com a equipe do SMI e colaboração da equipe dos Programas de Saúde da PNN. Todos serão responsáveis pelo acompanhamento das ações propostas na matriz avaliando sua eficácia através da realização de reuniões mensais. Dentre os objetivos das reuniões é importante ressaltar a identificação das falhas para poder corrigi-las antes que ocorram recidivas e a verificação se as ações obtiveram resultados o mais próximo do esperado.

A primeira ação efetuada foi modificar a forma como o paciente contrarreferenciado era identificado. Existe um impresso, do Saúde Naval, “formulário de referência e contrarreferência” que os médicos entregavam ao paciente referenciando-o ao especialista. Entretanto, o SMI nunca recebia preenchido, passando sempre a informação ao CCSMI: “nenhum paciente contrarreferenciado”. Esta situação deixava todos muito apreensivos e com dúvidas sobre a obrigatoriedade do preenchimento deste formulário e que ao mesmo tempo



não estava sendo usado na prática. Após determinação do CCSMI deste registro não ficar restrito ao formulário e devido à proximidade entre os ambulatórios de especialidades e o SMI, foi solicitado aos especialistas que informassem seus pacientes contrarreferenciados diretamente à equipe do SMI. Desta forma, a partir de setembro ficou estabelecido que as próprias clínicas informariam ao SMI todos os contrarreferenciados. Observou-se, desde então, um aumento na identificação destes pacientes e atualmente 8 a 10 pacientes foram considerados contrarreferenciados no último mês. No dia 20 de setembro, o CCSMI fez uma visita itinerante à PNN onde aconteceu uma reunião com participação obrigatória dos médicos especialistas, encarregado do SMI, encarregado da Divisão de Medicina e Chefe do Departamento de Saúde. O intuito foi convocar os especialistas a participarem mais deste projeto e da importância que é devolver o paciente, assim que possível, ao SMI, para manter o tratamento de menor complexidade.

Outra ação, fruto desta visita, foi a instalação de mais placas de identificação do SMI, dentro da própria PNN com objetivo de orientar o usuário sobre o local de atendimento e também contribuir para o fortalecimento da marca (apêndice).

Com relação à formação da equipe mínima, esta deve ser composta por 1 Oficial Superior médico, 01 Capitão-tenente, 1º Tenente ou 2º Tenente-médico (generalista, médico da família ou algum especialista), 01 Sub-oficial ou Sargento enfermeiro e 01 Cabo enfermeiro a atuarem juntos como equipe multidisciplinar na sala de acolhimento do SMI. Tal ação está prevista para ser concluída em dezembro ou janeiro de 2022, assim que for desmontada a tenda de atendimento COVID. Teremos, desta forma, mais disponibilidade de militares da enfermagem para compor a equipe.

Outra ação que tivemos dificuldade para pôr em prática foi a de treinar 02 médicos clínicos, especificamente para atender os contrarreferenciados. Como ainda é muito baixo o número de contrarreferenciados e a maioria dos médicos é do Serviço Militar Obrigatório (SMO) com desembarque previsto para início de fevereiro de 2022, optou-se por deixar esta ação para abril do ano que vem, assim que o outro contingente embarcar. Durante algumas reuniões com especialistas (principalmente cardiologia, endocrinologia e gastroenterologia) e encarregada do SMI foi um consenso a necessidade de identificar, dentre os médicos generalistas,

aqueles que ficarão mais no atendimento do contrarreferenciado, inclusive, mantendo contato com o especialista para traçarem a mesma linha de tratamento. Acreditamos que este seja um ponto fundamental principalmente por ser um dos objetivos do SMI atender o usuário de forma contínua e integral, com grande capacidade de resolução. O paciente passará a ter a sensação de pertencimento à atenção básica. Uma das principais características do SMI é manter a livre demanda, justamente para acolher o paciente assim que ele chegar na PNN, sem necessidade de marcação e demora no atendimento especializado.

Assim que os médicos do SMO embarcam na PNN, eles são submetidos ao “Programa Primeiros Passos” (vertente capacitação) com uma série de palestras que explicam todo o funcionamento da PNN e desde 2020, a palestra referente ao SMI passou a ser uma das mais importantes, por tudo o que já explicamos anteriormente. Por isto incluímos, reuniões mensais, pela plataforma zoom, entre os especialistas e os médicos recém embarcados como uma outra ação. Conseguimos realizar até início de novembro, 02 encontros neste formato e a experiência foi muito positiva. O médico do SMI precisa estar muito bem alinhado com as condutas diagnósticas e terapêutica dos especialistas da PNN para evitar condutas muito discrepantes e que possam prejudicar a continuidade do tratamento das doenças crônicas.

Foram realizados 2 encontros com a equipe dos Programas de Saúde da PNN para mostrar que mais de 90% dos pacientes que passam pela triagem e são encaminhados ao SMI não estavam inscritos em nenhum dos Programas ofertados pela nossa OM. Uma das possíveis causas identificadas foi a falta de uma sala próxima ao SMI de fácil acesso ao usuário. Tal causa se converteu em uma ação a ser realizada, mas por motivos de ausência de espaço físico, ainda não o foi. No entanto, a Chefia do Departamento de Saúde está ciente desta necessidade e se comprometeu em disponibilizar uma sala em dezembro de 2021.

A 1ª reunião entre SMI, Programas de Saúde e as especialidades médicas envolvidas, inicialmente de caráter bimestral, está marcada para 22 de novembro de 2021.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho nos levou a uma vasta e profunda reflexão sobre a necessidade de superarmos a fragmentação do sistema, de nos organizarmos corretamente diante da presença hegemônica das condições crônicas, de definitivamente priorizarmos a qualificação da atenção primária à saúde como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde.

Apesar do SMI estar em pleno funcionamento, no dia a dia, nos deparamos com várias resistências, dentre elas o fator cultural, ou seja, estarmos acostumados a buscar o especialista ou um serviço de emergência ao invés da atenção primária. Os avanços científicos e tecnológicos observados nas últimas décadas tornaram a medicina curativa muito dispendiosa, obrigando os gestores de saúde a desenvolverem políticas voltadas à Atenção Básica. O objetivo é a manutenção da saúde e da qualidade de vida, além de oferecer as condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar a serviço da saúde.

O alcance do objetivo deste projeto de intervenção será identificado à medida que as ações forem sendo realizadas. Uma das principais ações foi cumprida com êxito e no prazo estipulado.

Algumas dificuldades foram levadas em consideração, sendo a principal delas, a retomada gradual dos atendimentos pós-pandemia e o fato de que o nosso SMI foi inaugurado em março de 2020, assim que a pandemia COVID-19 começou. Em 2021 retomamos o projeto de fortalecimento da marca, para que se torne a principal referência do usuário do SSM.

A realização do Curso de Gestão em Saúde está contribuindo muito para minha carreira na Marinha do Brasil. O curso despertou nesta autora questionamentos e estratégias antes nunca realizadas e que serão de grande utilização na melhoria da qualidade da assistência na PNN.

Espera-se que o sucesso deste projeto de intervenção estimule o desenvolvimento de novos projetos na PNN com temas sobre Atenção Primária. O SMI da PNN, junto com o CCSMI-CMAM estão sendo incansáveis para o aprimoramento da qualidade do serviço ofertado que culmina na diminuição dos encaminhamentos para clínicas especializadas e contribui para desafogar a emergência do HNMD e SEP da PNN.

Por fim fica a seguinte reflexão:

“Toda grande transformação social parte necessariamente de um corpo de ideias que desafia as bases que sustentam uma determinada realidade que obstaculiza avanços e dá sinais de esgotamento. Toda mudança profunda da realidade implica a construção de consensos e convergências que conquistem corações e mentes, mobilizando as forças políticas e sociais necessárias à sustentação do processo de transformação” Marcus Pestana (Mendes,2011, p. 14)

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARAÚJO, S. F. S.; CARVALHO, M. M. B. Sistema de Referência e Contrarreferência na Estratégia Saúde da Família no Contexto da Integralidade. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S.l.], v. 7, nov. 2020. ISSN 2446-6042. Disponível em:

<<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/4244/3725>>. Acesso em: 03 Nov. 2021.

BARROS, F. P. C. D.; LOPES, J. D. S.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. D. **Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada**. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 de outubro de 2011. Seção 1. p.48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico e Cobertura da Estratégia Saúde da Família** [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 2021 NOV 10]. Disponível em: [dabsaude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura](https://dabsaude.gov.br/portaldab/historico_cobertura)

BRASIL. Diretoria Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-401: Normas para Assistência Médico Hospitalar**. Rev3-Mod6. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2006: Manual de Programas de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2015b.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **DSM-2010: Normas para o atendimento de saúde em baixa e média complexidade**. Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Diretoria de Saúde da Marinha. **Política de Humanização no Sistema de Saúde da Marinha**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <[www.marinha.mil.br/dsm/normas](http://www.marinha.mil.br/dsm/normas)>. Acesso em 11 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, março de 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em 16 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf)> Acesso em 12 out. 2021.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, DF, 2014, 162 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em: Acesso em: 24set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS; [página na internet] 1997. [acessado 2021 out 21] Disponível em:[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional De Atenção Básica**. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G.; ANDRADE, R. L. P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paul Enferm**. 2010; 23(1):131-5.

CECÍLIO, L.C.O., MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidade de saúde. In: Pinheiro AF, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC, Caxias do Sul: EdUCS/UFRS; 2006. p. 37-50.

COSTA, S. M; FERREIRA, A; XAVIER, L. RODRIGUES; GUERRA, P N S; RODRIGUES, C.A.Q. Referência e Contrarreferência na Saúde da Família: Percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. v. 16 n. 3 (2013).

MARINHA DO BRASIL. Boletim Interno nº 10-36. Programa “Primeiros Passos para Médicos”. Referências: a) Anexo A-10 da publicação DSM 2010. B) Programa Geral de Adestramento (PGAD)

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (2ª edição): Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. 14 a 62.

OMS. Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 28abr. 2017.

ROCE, N. M.; OLIVEIRA, M. F; SOUZA E SILVA, L. O acesso à atenção primária à saúde: fatores e facilitadores. **Revista Saúde Dinâmica**, vol. 2, núm.3, 2020. Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga.

SANTOS, R.O.M; ROMANO, V.F; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(2), e280206, 2018.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; BORTOLETTO, M. S. S.; LIMA, J. V. C; KULPA, S.; LOPES, M. L. S. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: Feuerwerker LCM, Bertussi

DC, Merhy EE, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 2, p.391-407.

SEIXAS, C.T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2019, v. 23 [Acessado 10 Novembro 2021] , e170627. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170627>>. Epub 21 Jan 2019. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/Interface.17062>



## APÊNDICE

### APÊNDICE A - Questionário aplicado aos usuários, na triagem, antes de serem encaminhados ao SMI

1) Você sabe o que é o SMI?

sim

não

2) Por que você foi encaminhado ao SMI?

Primeira consulta com clínico

Retorno ao clínico no SMI para continuar meu tratamento

Buscar encaminhamento para o especialista

3) Você pertence a algum Programa de Saúde da PNN? (tipo hipertensão, diabetes, saúde mental?)

SIM

NÃO

## ANEXO A – PLACAS INSTALADAS PARA FACILITAR ACESSO DO USUÁRIO AO SMI



# ANEXO B

