



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



**FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JAIRO OLIVEIRA DOS SANTOS

**Estreitando as relações entre a Unidades de Pronto Atendimento e
equipes de Saúde da Família: vivência de apoio matricial na
residência multiprofissional FESF/FioCruz**

CAMAÇARI
2017

JAIRO OLIVEIRA DOS SANTOS

Estreitando as relações entre a Unidades de Pronto Atendimento e equipes de Saúde da Família: vivência de apoio matricial na residência multiprofissional FESF/FioCruz

Trabalho de Conclusão apresentado à Residência Multiprofissional em saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Alessandra Martins dos Reis

CAMAÇARI
2017

JAIRO OLIVEIRA DOS SANTOS

Estreitando as relações entre a Unidades de Pronto Atendimento e equipes de Saúde da Família: vivência de apoio matricial na residência multiprofissional FESF/FioCruz

Trabalho de Conclusão apresentado à Residência Multiprofissional em saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ como requisito para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em _____ de fevereiro de 2017.

Alessandra Martins dos Reis – Orientadora
Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo, Brasil.
Fundação Estatal Saúde da Família

Examinador 1

Examinador 2

SANTOS, Jairo Oliveira dos. Estreitando as relações entre as Unidades de Pronto Atendimento e equipes de Saúde da Família: vivência de apoio matricial na residência multiprofissional FESF/FioCruz. 18f. 2017. Trabalho de Conclusão da Residência – Fundação Estatal Saúde da Família/Fundação Oswaldo Cruz, 2017.

RESUMO

A constituição de redes de atenção à saúde baseia-se no estabelecimento de relações horizontais entre os pontos de atenção e tem a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação. O Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica é importante também para evitar a sobrecarga dos serviços de urgência. Persiste uma desarticulação das ações e serviços de saúde, o que conseqüentemente colabora para problemas associados à baixa eficácia e resolutividade da atenção à saúde. O Apoio Matricial permite superar as limitações estabelecidas pela organização tradicional dos serviços de saúde e ampliar as relações entre equipes e diferentes serviços de saúde. O objetivo deste trabalho é descrever atividades de matriciamento desenvolvidas por um residente de Saúde da Família do segundo ano durante o estágio optativo numa Unidade de Pronto Atendimento do município de Camaçari – BA. Consiste em um relato de experiência. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a temática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. Nos meses de julho e agosto de 2016, realizou-se avaliações sobre os atendimentos de usuários da área de abrangência da região de saúde 4, onde acontece a atuação da residência multiprofissional em Saúde da Família, em cinco unidades de Saúde da Família, exercitando estratégias de matriciamento que possibilitaram a discussão de casos e qualificação do cuidado. O Apoio Matricial constitui importante modalidade para estruturação da rede de serviços. Demonstra efetividade em propor formas de comunicação eficaz entre as equipes e colabora para a integralidade da assistência.

Palavras-chave: Apoio matricial, Atenção Básica, Unidades de pronto atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
METODOLOGIA.....	8
ANÁLISE E DISCUSSÃO	10
O levantamento dos dados.....	10
O matriciamento das equipes.....	11
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS	17

INTRODUÇÃO

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como conjunto de ações, serviços e equipamentos de saúde estruturados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de proporcionar a integralidade do cuidado em saúde, assegurando ao usuário uma assistência com efetividade e eficiência. Baseia-se no estabelecimento de relações horizontais entre os pontos de atenção e elege a Atenção Básica (AB) como centro de comunicação. Dessa forma, a constituição das RAS caracteriza-se ainda pelo foco nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na longitudinalidade e integralidade do cuidado, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos, além de compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2011; 2010).

Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma que corresponda as demandas da população (MENDES, 2011). Para que essa rede funcione adequadamente é imprescindível que existam mecanismos eficientes de interação entre os serviços, compostos por profissionais, gestores e usuários. No contexto atual, onde os serviços não conseguem se articular de forma a superar a fragmentação do cuidado e qualificar a sua gestão, é preciso direcionar estratégias e métodos de concatenação de saberes, ações e sujeitos, com objetivo de fomentar a integralidade, resolutividade e humanização do cuidado (BRASIL, 2009).

A exequibilidade do papel da RAS baseia-se na compreensão da Atenção Primária como primeiro nível de atenção. Sendo imprescindível que esteja organizada, coordenando o cuidado e responsável pelo fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde. Considera-se que a APS compreende um conjunto de serviços e ações capazes de impactar positivamente sobre a maior parte das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal modo de organização da Atenção Básica no país atualmente, vem modificando as formas de produção de saúde no Brasil. Contribuindo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a substituição do modelo tradicional e reorientação para

ações de promoção, prevenção da saúde e assistência à saúde, de maneira integrada, em um território delimitado (ROCHA e cols.; 2008, SALA e cols.; 2011).

A Atenção Básica é um componente que também integra a Rede de Atenção às Urgências. O primeiro atendimento às urgências e emergências até as transferências a outros pontos de atenção, quando necessário, também compõe o conjunto das ações previstas para Atenção Básica. Por sua vez, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares (BRASIL, 2011).

Diante das questões levantadas acerca do papel da APS no contexto da RAS, surge o questionamento sobre como está sendo estabelecida a comunicação entre as diferentes equipes e os diferentes serviços e sobre os modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços. Não é condição suficiente ter os serviços apenas funcionando, a ampliação da cobertura em saúde deve ser seguida de uma ampliação da comunicação entre os serviços. A constituição de redes exige o estabelecimento de dispositivos que aprimorem as relações entre diferentes serviços, especialidades e saberes. (BRASIL, 2009)

Silva (2011), ao discutir os desafios do Sistema Único de Saúde para constituição de redes, destaca que a articulação entre os níveis de assistência à saúde não deve ser baseado no modelo da pirâmide onde os serviços da APS estão situados na base e os demais da base para o topo. Ao contrário, os serviços de saúde possuem diferentes fluxos de interação, compreendendo uma relação horizontalizada com alto grau de interdependência. Ressalta ainda ser necessário romper com características predominantes do modelo de saúde, centrado em procedimentos, e organizar a produção do cuidado instituindo um modelo centrado no usuário.

Atualmente, ainda persiste uma desarticulação das ações e serviços de saúde, o que conseqüentemente colabora para problemas associados à baixa eficácia e resolutividade da atenção à saúde, desigualdades no acesso e fragmentação do cuidado. É imperativo uma mudança na forma de operar o sistema, através da inserção de novas práticas de gestão e atenção em saúde, direcionadas para a integralidade da atenção nos vários níveis do sistema, baseadas na

articulação entre diferentes equipamentos e ações, por meio de um olhar ampliado de saúde (DUBOW, BASTOS; 2013).

Nessa perspectiva, a proposta de Apoio Matricial descrita inicialmente por Campos (1999) foi concebida com o objetivo de superar as limitações estabelecidas pela organização tradicional dos serviços de saúde e permite ampliar as relações entre equipes e diferentes serviços de saúde. Portanto vai além de mecanismos como a referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial é descrito como uma modalidade organizacional que promove a integralidade do cuidado na medida em que permite superar barreiras organizacionais que inviabilizam a comunicação entre serviços e entre os profissionais. Constitui-se numa prática de saúde onde ocorre um processo de construção compartilhada entre duas ou mais equipes (MEDEIROS, 2015; BRASIL, 2011).

A tônica do matriciamento propõe a organização do trabalho através do encontro entre equipes de referência e equipes de apoio. Especificamente, no contexto brasileiro, entende-se como equipe de referência, as equipes de Saúde da Família, que são responsáveis pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. As equipes de apoio são compostas por profissionais especializados ou por atividades e serviços distintos. Tem sido descritas muitas experiências de matriciamento especialmente na articulação entre Saúde Mental e Atenção Primária e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O objetivo deste relato é descrever atividades de matriciamento desenvolvidas por um residente de Saúde da Família do segundo ano durante o estágio optativo numa Unidade de Pronto Atendimento do município de Camaçari - BA. Com essa finalidade, nos propomos refletir sobre a metodologia de matriciamento vivenciada pelo residente. Nos meses de julho e agosto de 2016, realizou-se avaliações sobre os atendimentos de usuários da área de abrangência da região 4, região de atuação da residência em cinco unidades de Saúde da Família, exercitando estratégias de matriciamento que possibilitaram a discussão de casos e qualificação do cuidado.

O interesse pela temática descrita neste relato surgiu durante o estágio optativo obrigatório UPA de Nova Aliança, quando o residente identificou que a maior parte dos atendimentos nesta unidade era de casos sensíveis à Atenção Básica. Apesar da unidade ser referência para as equipes da região 4 de Camaçari, não existe um mecanismo para comunicação efetiva que contribua o compartilhamento de informações e acompanhamento dos casos referenciados.

Foi realizada uma busca de publicações científicas nacionais, identificadas e selecionadas por meio de consulta nas bases de dados eletrônicas do SciELO (Scientific Electronic Library Online), e a Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), que tratassem do tema da pesquisa, contivessem as palavras-chave Apoio Matricial, Atenção Básica, Unidades de Pronto Atendimento, publicadas nos últimos 10 anos. As 123 publicações encontradas tiveram título e resumo analisados, não foram encontradas experiências semelhantes à descrita neste estudo, o que reforça a sua relevância e inovação.

A potencialidade desse trabalho localiza-se na reflexão que estabelece entre o apoio matricial como proponente de novas formas de relações entre serviços e entre profissionais. Buscando compreender como essa modalidade organizacional pode ampliar a capacidade de análise das equipes.

METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pela autor, na oportunidade de um estágio optativo numa unidade de pronto atendimento do município de Camaçari, durante os meses de julho e agosto de 2016. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a temática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais.

Os prontuários de atendimento da UPA de Nova Aliança dos meses de junho e julho de 2016 foram contados e aqueles referentes a endereços dos usuários da área de abrangência região 4 foram separados e posteriormente digitados em planilhas do Excel. Foram coletados os seguintes dados: Nome, data de atendimento, hora de entrada, hora de atendimento, data de nascimento, sexo, idade, endereço, USF de abrangência, sinais e sintomas, suspeita diagnóstica, procedimentos, solicitações, destino e o médico responsável. Ressalta-se a

dificuldade em identifica-las devido aos prontuários com pouquíssimas informações clínicas, ilegíveis e endereços incompletos.

A fim de facilitar o processo de análise dos dados, os sinais e sintomas foram agrupados em categorias. Após a conclusão da digitação das informações colhidas, realizou-se a compilação e análise.

O conteúdo da análise subsidiou a elaboração de uma apresentação em slides para a reunião de matriciamento nas Unidades de Saúde da Família. O material produzido revelou um sumário dos principais atendimentos daquela unidade. Os resultados da análise eram capazes de provocar reflexões acerca do processo de organização do trabalho das equipes no que se refere ao acolhimento à demanda espontânea e sua resolutividade.

Os dados do relato foram analisados à luz de referenciais teóricos sobre o apoio matricial e constituição de redes de atenção à saúde.

Contexto da experiência

O município de Camaçari possui população estimada em 292.074 habitantes (IBGE, 2016). É dividido em 8 regiões de saúde no ano de 2016, sendo que na região 4, as cinco unidades de saúde da família funcionam com integração ensino e serviço, abrigando o Programa de residência multiprofissional em Saúde da Família que teve início em março de 2015.

Assim, 60 residentes foram alocados em 5 Unidades de Saúde da Família localizadas na região 4, são elas Nova Aliança, Piaçaveira, Parque das Mangabas, PHOC 3, PHOC 1. No primeiro ano foram desenvolvidas atividades de ensino-serviço nas unidades de saúde e em outros espaços cedidos pelo município. No segundo ano de residência foram ofertados rodízios nos serviços previamente pactuados com a Secretaria Municipal de Saúde. Um dos serviços eleitos para estágio foi a Unidade de Pronto Atendimento de Nova Aliança - UPANA.

A unidade está localizada na av. Acajutiba, s/n, phoc 2, é referência para a região 4, nos atendimentos de urgência clínica, psiquiátrica e aplicação de imunobiológicos anti-rábico. Realiza uma média de 200 atendimentos por dia. O atendimento à demanda espontânea é feito por ordem de chegada, sem Acolhimento com Classificação de Risco. Possui 10 leitos de observação adulto, 02 pediátricos, 02 psiquiátricos, 01 sala de RCP, 01 sala de nebulização, 02 consultórios médicos, 01 posto de enfermagem, não possui consultório odontológico,

não é informatizada. Os serviços oferecidos são consultas, observação, medicamento, raio x, eletrocardiograma, sutura.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

O levantamento dos dados

O residente foi inserido na UPANA por um período de sete semanas. No início, realizou-se o reconhecimento do fluxo da unidade e a construção do plano de trabalho. Foi definido que seria mapeado o perfil dos atendimentos dos usuários da região 4, dando continuidade ao estudo realizado pelos residentes que anteriormente estiveram no campo. A fim de subsidiar a proposta de matriciamento caracterizamos a amostra dos prontuários da região 4.

Durante os meses de junho e julho foram abertos na UPANA 8981 prontuários, destes 4335 (48,3%) eram de usuários da região 4 de Camaçari. Quando agrupados por sexo, observou-se que 52,3% dos atendimentos foram do sexo feminino e 40,1% do sexo masculino e em 7,7 % dos prontuários não foi informado o sexo, o que revela fragilidades no preenchimento dos dados.

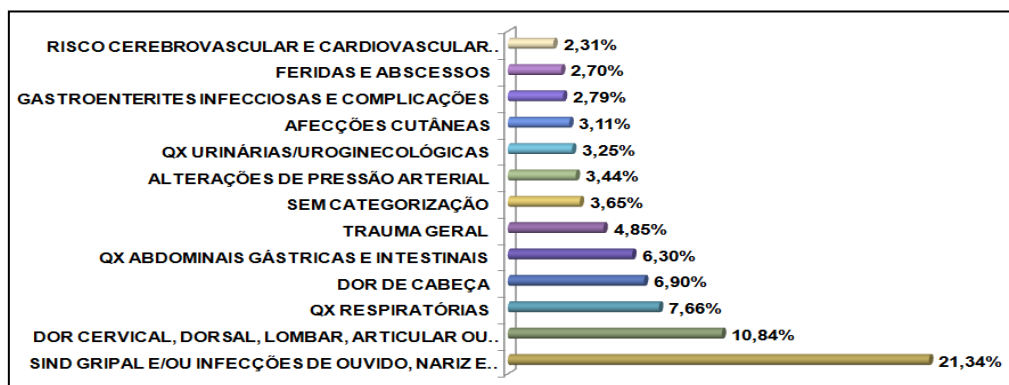
Em relação ao endereço dos atendimentos, constatou-se que 34,3% (1487) eram usuários da área de abrangência da USF Nova Aliança; 20,5% (889), da USF PHOC 3; 18,0% (780), da USF PHOC 1; 5,0% (215), USF Piaçaveira; 2,4% (106) e da USF Parque das Mangabas. Acreditamos que os usuários adscritos a USF Parque das Mangabas escolham serviços de urgência mais próximos devido à distância da UPANA. Em 19,61% não foi possível identificar se o usuário era morador da área de abrangência da USF Nova Aliança ou PHOC 1 devido ao inadequado preenchimento do prontuário.

O estudo revelou que cerca de 85% dos atendimentos de usuários da área de abrangência da região 4 na UPA Nova Aliança, nos meses de junho e julho, foi de casos sensíveis a Atenção Básica, ou seja, situações que de acordo com o Protocolo Estadual de Acolhimento com Classificação de Risco (BAHIA, 2014) e o Caderno de Atenção Básica, n.28, volume II, Acolhimento à demanda espontânea

do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), podem ser acolhidas e solucionadas nas Unidades de Saúde da Família.

No que se refere aos agravos mais frequentes observamos que a Síndrome gripal e/ou infecções de ouvido, nariz e garganta destacou-se como principal motivo de atendimento na UPANA nos meses de junho e julho de 2016 totalizando 929 atendimentos, 21,4% do total. Outras ocorrências em destaque foram: Dor cervical, dorsal, lombar, articular ou extremidades apresentou 470 (10,8%); Dor inespecífica 374 (8,6%); queixas abdominais, gástricas e intestinais 338 (7,8%); queixas respiratórias 332 (7,7%) (Gráfico 1).

Gráfico 1: Porcentagem dos agravos da região 4 categorizados que mais ocorreram na UPANA nos meses de junho e julho de 2016.



Fonte: dados coletados pelo autor durante estágio Optativo nos meses de julho e agosto de 2016

O tempo médio de atendimento, ou seja, a média do espaço de tempo entre a entrada do usuário na UPANA e o atendimento médico no mês de julho foi 36 minutos.

O matriciamento das equipes

O apoio matricial possibilita uma maior articulação e qualificação da rede de serviços que integra o sistema de saúde. No processo de trabalho incorpora possibilidades de compartilhamento de saberes entre os profissionais (OLIVEIRA, 2008). Nessa perspectiva desenvolvemos uma sequência de matriciamento para três unidades de Saúde da Família da região quatro de saúde do município de Camaçari-BA.

Esse processo se deu inicialmente com as equipes da USF Parque das Mangabas, utilizamos a seguinte metodologia: Dividimos o grupo em 5 equipes, cada equipe representava um núcleo profissional da Saúde da Família, a saber: Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro, Médico, Odontólogo e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A seguir apresentamos um caso verídico que ocorreu na UPANA no mês de junho. O grupo foi motivado a realizar a classificação de risco do usuário de acordo com o preconizado no caderno de acolhimento à demanda espontânea do Ministério da Saúde. Em seguida, cada grupo deveria propor intervenções para o seguimento do caso apresentado de acordo com o núcleo profissional representado.

O objetivo era promover uma reflexão sobre como a unidade estrutura o acolhimento a demanda espontânea, discutir a importância do papel de cada núcleo profissional para o trabalho em equipe no seguimento dos casos, reconhecer o potencial da Atenção Básica para intervir oportunamente sobre as demandas do território especialmente orientada pelos seus princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002).

Conforme assinalam Campos e Domitti (2007), uma das maneiras básicas para o estabelecimento da relação entre referências e apoiadores é a realização de encontros periódicos e regulares a fim de discutir casos ou problemas de saúde escolhidos pela equipe de referência onde ocorra a elaboração de projetos terapêuticos e sejam traçadas propostas de intervenções para os profissionais envolvidos.

Neste primeiro momento com as equipes da USF Parque das Mangabas sentimos uma abertura da equipe para a discussão dos casos e análise dos dados apresentados. Ressaltaram a implantação da avaliação de risco nos próximos dias. Todos os profissionais da equipe mínima e do NASF participam da escala de acolhimento aos usuários na unidade. Como expresso anteriormente, o percentual de usuários da área adscrita dessas equipes é o menor dentre os atendimentos na UPA de Nova Aliança, isso acontece possivelmente pela distância geográfica entre as unidades e/ou proximidade com o Hospital Geral de Camaçari.

A equipe foi criativa em propor intervenções oportunas para o caso apresentado. Realizamos a discussão do que foi produzido em grupo e apresentamos o resultado da análise dos dados coletados na UPANA, com enfoque especial para os atendimentos de usuários da área de abrangência da USF Parque das Mangabas. Excluindo-se a Síndrome gripal e/ou infecções de ouvido, nariz e garganta, chamou a atenção para a ocorrência de Dor cervical, dorsal, lombar, articular ou extremidades que representou cerca de 13% das ocorrências.

Durante o desenvolvimento da atividade, a equipe ressaltou que não recebe a ficha de contra-referência dos casos encaminhados para a UPANA, sendo este um fator que dificulta o acompanhamento dos casos. Contudo, Medeiros, (2015) afirma que a lógica operacional do apoio matricial permite inclusive superar os mecanismos de referência e contra-referência. É preciso responsabilizar-se pelo usuário. É da responsabilidade das equipes de ESF serem o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde por meio de seus serviços.

Oliveira (2008) esclarece que a finalidade essencial do processo de implantação das atividades de matriciamento é a ampliação capacidade de análise dos casos e a capacidade resolutiva da equipe de referência. A discussão de casos complexos permite ainda tornar evidente o perfil da relação dos serviços com os usuários.

As equipes levantaram a questão de que a unidade não dispõe de condições para ofertar o primeiro atendimento das urgências conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, fato também discutido nos estudos de Konder, O'dwyer (2016).

Oliveira (2008) ressalta que discutir casos complexos sugere encarar não apenas as dificuldades técnicas da equipe de referência, requer também uma análise dos problemas operacionais dos serviços e da rede. O apoio matricial ao propiciar o aumento da resolutividade dos casos pela equipe de referência, demanda readequações estruturais dos serviços.

Na unidade de Piaçaveira, reproduzimos a metodologia utilizada em Parque das Mangabas com as equipes de Saúde da Família promovendo uma discussão bastante produtiva. Novamente, excluindo-se a Síndrome gripal e/ou infecções de

ouvido, nariz e garganta, chamou a atenção para a ocorrência de queixas respiratórias e Dor cervical, dorsal, lombar, articular ou extremidades, cada uma com 8,9% das ocorrências. Na oportunidade também foi entregue uma lista contendo o sumário de atendimentos mais frequentes dos meses de junho e julho de usuários pelos quais as equipes da unidade possuem responsabilidade sanitária.

Com as equipes da USF Nova Aliança desenvolvemos uma abordagem diferente das demais, pois anteriormente já haviam sido matriciadas e realizadas reflexões gerais sobre sua relação com a UPANA. Nesta oportunidade elaboramos uma proposta de matriciamento onde cada equipe recebeu um caso real de usuário da área de abrangência da USF Nova Aliança, ocorrido na UPANA. O instrumento utilizado baseou-se no Caderno de Atenção Básica, n.28, volume II, Acolhimento à demanda espontânea (BRASIL, 2011). O critério para seleção dos casos foi o de pertencer a uma das cinco categorias mais frequentes no levantamento realizado: Síndrome gripal e/ou infecções de ouvido, nariz e garganta; Dor cervical, dorsal, lombar, articular ou extremidades; Queixas abdominais, gástricas e intestinais; Queixas respiratórias; Risco cerebrovascular e cardiovascular.

O objetivo era discutir a ampliação da resolutividade das equipes de Saúde da Família diante da demanda espontânea espontânea e estimulá-los a fazer uma busca ativa e dar continuidade ao acompanhamento destes usuários destacados entre os atendimentos da UPA. Para tanto, abordamos três temas que fazem parte da primeira avaliação dos casos de demanda espontânea: a classificação de risco, a identificação de vulnerabilidades e o trabalho em equipe. As equipes elaboraram o fluxo de acolhimento na unidade para o caso apresentado e construíram uma matriz onde descreveram o papel de cada profissional no seguimento do caso.

De forma geral propomos reflexões acerca do processo de trabalho das equipes. Como vimos anteriormente, a maioria dos atendimentos realizados na UPA de Nova Aliança é de casos sensíveis à Atenção Básica. A seleção de casos reais para a reunião de matriciamento teve a finalidade de promover uma reflexão sobre processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família, sobretudo analisar como o acolhimento é estruturado para acolher à demanda espontânea de forma resolutiva. A abertura e disponibilidade das equipes para o encontro foi fundamental para o desenvolvimento da atividade de matriciamento.

Campos e cols. (2008) afirmam que o acolhimento à demanda espontânea e a busca ativa com avaliação de vulnerabilidade são diretrizes organizacionais para que a Atenção Básica cumpra seu papel. Nesse sentido, os pacientes precisam ser acolhidos no momento em que necessitam.

Vários tipos de demandas apresentadas pelos usuários podem ser acolhidas, reconhecidas como legítimas e solucionadas por meio de uma escuta qualificada. Esse momento é crucial para a criação e fortalecimento de vínculos. Além disso, existe o risco de equipe perder a legitimidade perante os usuários adscritos quando não é capaz de acolher os usuários acompanhados no momento de agudizações. Na maioria dos casos, o acolhimento demandará continuidade no cuidado, ou mesmo requerer apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços (BRASIL, 2011).

A atenção Básica, no contexto das redes de atenção à saúde, deve ser responsável por acolher os usuários e direcionar o seu trajeto na rede. Acolher a demanda espontânea é importante também para evitar a sobrecarga dos serviços de urgência com queixas de complexidade compatível com a Atenção Básica, fato amplamente reconhecido em todo o mundo (CACCIA-BAVA e cols., 2011; KONDER, O'DWYER; 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisar a experiência de matriciamento descrita sugerimos que o Apoio Matricial constitui importante modalidade para estruturação da rede de serviços. Demonstra efetividade em propor formas de comunicação efetiva entre as equipes e colabora para a integralidade da assistência.

No cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde da Família, os profissionais encontram situações onde os usuários apresentam condições clínicas agudas. Corresponder de maneira adequada exige além das habilidades técnicas, conhecimento sobre o funcionamento na rede de serviços o que inclui outros níveis de assistência. Acredita-se que a formação do profissional de saúde de SUS deve

incorporar a noção do cuidado em rede, fundamental para efetivação do princípio da integralidade.

Vale ressaltar que este trabalho é importante para as equipes de Saúde da Família na medida em que os profissionais reflitam sobre a importância do acolhimento a demanda espontânea, quanto aos aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho, bem como ao manejo resolutivo do cuidado e de condutas.

Essa experiência pode contribuir para a construção de uma cultura de matriciamento no serviço e para os profissionais em formação. Permite ainda melhorar o matriciamento de maneira a mapear os casos, notificar as equipes para busca ativa e monitorar posteriormente se a equipe conseguiu construir vínculo com o usuário para que ele deixe de procurar excessivamente a UPA sobretudo nos casos de atendimentos repetidas vezes para o mesmo usuário.

A coleta dos dados foi continuada com as novas turmas de residentes que fizeram estágio na UPANA. Espera-se que surjam novas análises para subsidiar o matriciamento das equipes e que futuramente esta atividade seja assumida pela própria Unidade de Saúde.

A inexistência do acolhimento com classificação de risco é um fator que limita a atividade contínua de matriciamento da UPANA para as equipes de Saúde da Família da região 4. Como o usuário não tem o risco classificado no momento do atendimento, não é possível realizar o encaminhamento seguro nos casos em que é indicado no protocolo. Outros fatores que dificultam a identificação dos casos é o registro manual dos dados, por vezes ilegíveis e insuficientes.

Acreditamos que a criação do Acolhimento com Classificação de Risco seja essencial para regular a oferta no serviço e garantir a efetivação do princípio da equidade. A união de esforços empreendidos pelos profissionais da unidade e os residentes em estágio optativo poderá contribuir significativamente para a sua implantação.

REFERÊNCIAS

BAHIA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA. **Protocolo Estadual de Classificação de Risco**. Salvador, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

_____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: 2015. 127 p.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**.

_____. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011.

CACCIA-BAVA, M.C.G.; PEREIRA, M. J. B.; ROCHA, J. S. Y.; MARTINEZ, E. Z. **Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS**. Medicina (Ribeirão Preto) 2011;44(4): 347-54.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C; GUERREIRO, A. V. P.; CUNHA, G. T. **Atenção Básica em sistemas públicos de saúde: em busca da universalidade, equidade e integralidade**. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. HUCITEC, São Paulo, 2008.

CAMPOS, G. W. S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio Matricial e Equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev. 2007.

CUNHA G.T; CAMPOS G.W.S. **Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde**. Saúde e Sociedade 2011; 20(4):961-970.

DUBOW, C.; BASTOS, S. **Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 03, Ano 2013 p.908-21.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. **A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro**, Brasil. interface vol.20 n.59, Botucatu Out./Dez. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, Camaçari. Disponível em < <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=290570>>. Acesso em 05 fev 2017.

MEDEIROS, R.H.A. **Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1165-1184, 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

OLIVEIRA, G. N. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERREIRO, A. V. P. (org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. Aderaldo & Rothschild, São Paulo, 2008.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. **Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24 Sup 1, p. 69-S78, 2008.

SALA, A.; LUPPI, C. G.; SIMÕES, O. ; MARSIGLIA, R. G. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo**. Saude soc. v. 20 n. 4, 2011.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde**: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. Saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.