



**FESF-SUS FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMILIA
INSTITUTO GONÇALO MONIZ-FIOCRUZ BA
RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

AMANDA DOS SANTOS NASCIMENTO

**CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO OPTATIVO NA UPA NA FORMAÇÃO DE UMA
ENFERMEIRA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**Salvador, BA
2018**

AMANDA DOS SANTOS NASCIMENTO

**CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO OPTATIVO NA UPA NA FORMAÇÃO DE UMA
ENFERMEIRA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Relato de experiência apresentado à Fundação Estatal Saúde da Família e Instituto Gonçalo Muniz-Fiocruz-BA, como parte do requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Esp. Fabiana Palma

**Salvador, BA
2018**

CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO OPTATIVO NA UPA NA FORMAÇÃO DE UMA ENFERMEIRA EM UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

RESIDENTE¹
ORIENTADORA²

O SUS está organizado em três níveis de atenção à saúde. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ocupa o nível intermediário entre a Atenção Básica (AB) e a média e alta complexidade. A formação de profissionais especialistas em Saúde da Família, requer conhecer as práticas desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) bem como a rede de serviços. **OBJETIVO:** Descrever as contribuições do estágio em uma UPA para a formação de uma Enfermeira, em uma residência multiprofissional em Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Relato de experiência elaborado a partir da vivência no Estágio Optativo em uma UPA. **RESULTADOS:** Observou-se que a maioria dos casos atendidos na UPA, foram sensíveis a AB; o encaminhamento seguro dos usuários para as unidades básicas de referência é inexistente. O matriciamento e o acolhimento poderiam ser utilizados para garantir a continuidade do cuidado. **CONCLUSÃO:** A vivência no estágio na UPA foi importante para desenvolver novas habilidades, ampliou o entendimento sobre o funcionamento de uma UPA, possibilitando observar as fragilidades do serviço e da AB, exercitando uma atuação crítica, reflexiva, contribuindo para minha formação enquanto profissional de Saúde da Família.

Descritores: Saúde da Família, Emergência, Atenção Básica,

CONTRIBUTIONS OF THE OPTATIVE STAGE IN THE UNIT OF PRONTO CUSTOMER SERVICE IN THE FORMATION OF A NURSE IN A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN FAMILY HEALTH

SUS is organized into three levels of health care. The Emergency Care Unit (PAU) occupies the intermediate level between Basic Attention (AB) and medium and high complexity. The training of professionals specialized in Family Health requires knowing the practices developed in the Family Health Strategy (ESF) as well as the service network. **OBJECTIVE:** To describe the contributions of the internship in a PAU for the formation of a Nurse, in a multiprofessional residence in Family Health. **METHODOLOGY:** Experience report elaborated from the experience in the Optional Stage in a UPA. **RESULTS:** It was observed that the majority of the cases treated in the PAU were sensitive to AB; the safe routing of users to the basic reference units is non-existent. The matriciamento and the host could be used to guarantee the continuity of the care. **CONCLUSION:** The experience in the UPA stage was important to develop new skills, broadened the understanding about the functioning of a UPA, making it possible to observe the weaknesses of the service and AB, exercising a critical and reflexive role, contributing to my training as a health professional of the family.

Keywords: Family Health, Ambulatory Care, Primary HealthCare,

¹ Enfermeira, Residente em Saúde da Família pela FESF-SUS/FIOCRUZ-BA email: amanddanascimento@gmsil.com

² Orientadora: Fabiana Palma, Especialista em Saúde da Família. email: fabiana.palma@yahoo.com.br

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NEP	Núcleo de Epidemiologia
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
USFs	Unidades de Saúde da Família
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 METODOLOGIA	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	9
3.1 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO E DO ESTÁGIO OPTATIVO.....	9
3.2 AÇÕES REALIZADAS NO ESTÁGIO	10
3.3 PROCESSO DE TRABALHO.....	11
3.4 INQUIETAÇÕES E REFLEXÕES.....	13
3.5 SUGESTÕES PARA O APRIMORAMENTO DO CAMPO DE PRÁTICA DO ESTÁGIO E AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO OPTATIVO PARA MINHA FORMAÇÃO ENQUANTO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	21
4 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O SUS está organizado em três níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade. A Atenção Básica (AB) engloba um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, e visa à promoção, proteção, reabilitação e a manutenção da saúde, à prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, sendo considerada porta preferencial de acesso da população ao sistema de saúde (BRASIL, 2012).

No SUS, cada componente da rede assistencial deve participar da Atenção às Urgências, respeitando-se os limites de sua complexidade e capacidade de resolução. A população que necessita de atendimento deverá ser acolhida em qualquer nível de atenção e encaminhada para os demais níveis quando a complexidade do atendimento exigido ultrapasse a capacidade de assistência do serviço (GARLET et al., 2009).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ocupam o nível intermediário de complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e alta complexidade, integrando a Rede Pré-Hospitalar Fixa (ALMEIDA et al., 2010). As UPAs são uma das estratégias da Política Nacional de Atenção às Urgências para a melhor organização da assistência, articulação dos serviços e definição de fluxos e referências resolutivas, devendo funcionar 24 horas por dia, realizando triagem classificatória de risco, prestando atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não estão ativas, dessa maneira, também, entreposto de estabilização do paciente crítico para o Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU), e constrói fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência com outras instituições e serviços de saúde do sistema locoregional (BRASIL, 2006)

No Brasil, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Saúde da Família como estratégia de estruturação da AB. O Programa, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de

forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família, e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS – universalização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2012).

A formação de profissionais especialistas em Saúde da Família em caráter de residência, requer conhecimento das práticas profissionais desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família bem como o conhecimento da rede de serviços ofertadas no município, competência necessária na realização de atividades assistenciais, garantindo a continuidade do cuidado prestado aos usuários. Nessa perspectiva, os estágios optativos no segundo ano de residência se constituem espaços de vivência na rede de serviços, ampliando as possibilidades de aperfeiçoamento da assistência, favorecendo a troca de conhecimento, facilitando a comunicação entre os serviços, ofertando ao residente a oportunidade de estar na rede, possibilitando espaço de reflexão sobre sua prática e formação profissional, por meio de seu efetivo envolvimento durante o estágio.

Dentre as experiências vivenciadas durante a residência, o período de estágio optativo em uma UPA mostrou-se um espaço de aprendizado significativo, impactante, promotor de reflexões e descobertas. Possibilitou o desenvolvimento de habilidades, além de fomentar o exercício de uma atuação profissional crítica, reflexiva e criativa na resolução dos problemas ali existentes, avaliando o contexto como um todo, englobando a UPA, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) os demais serviços da rede e toda a complexidade que produziam o cenário atual de prática do estágio.

Diante da experiência vivenciada no estágio optativo em uma UPA e da análise do banco de dados construído durante o estágio, identificou-se um número elevado de atendimentos sensíveis a atenção básica, o que promoveu algumas inquietações e necessidades de melhor compreender os problemas que poderiam estar contribuindo para o atual cenário observado. Dessa forma, identifica-se que um relato de experiência é relevante para socializar a vivência e sua contribuição na formação de uma enfermeira em uma residência em

Saúde da Família. Este estudo pretende descrever de forma crítico- reflexiva, as contribuições do estágio optativo em uma Unidade de Pronto Atendimento para a formação de uma Enfermeira, em uma residência multiprofissional em Saúde da Família.

2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em um relato de experiência de abordagem qualitativa elaborado a partir da vivência de uma enfermeira residente do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FESF-SUS/FIOCRUZ-BA, no Estágio Optativo em uma UPA.

O Estágio aconteceu em uma UPA no município de Camaçari, que está localizada na região metropolitana de Salvador-BA, com população estimada de 296.893 habitantes, dividida em orla, sede e área rural. Segundo o último Censo, apresenta 10.997 habitantes (IBGE, 2010).

Camaçari ao longo de sua história alcançou grandes avanços econômicos, tem o maior Produto Interno Bruto (PIB) Industrial do Nordeste, o equivalente a 6 bilhões, sendo o município mais industrializado do estado, respondendo sozinho por 35% das exportações. É também a sede do maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul. O Polo é responsável por 30% do PIB baiano, gerando 45 mil empregos, sendo 15 mil diretos e 30mil indiretos (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI, 2018).

O município conta com 37 Unidades de Saúde da Família (USF), 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Referencias em Saúde, um Hospital Regional, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e ainda com 5 UPAs. O município está dividido em 8 regiões de saúde, a residência se desenvolve nas unidades da região de saúde 4.

A descrição foi realizada tendo como base o período de março a julho de 2017, meses em que ocorreu o estágio. As informações e análises apresentadas foram construídas a partir de diários de campo, consolidado do

banco de dados alimentado durante o estágio, registros de reuniões, além das observações e vivências realizadas. O relato de experiência está dividido em partes para possibilitar uma melhor compreensão do leitor sobre o contexto e as reflexões trazidas.

O banco de dados, já construído por turmas anteriores de estágio, foi construído com base na digitação dos dados contidos nas fichas de atendimento da UPA. O banco de dados foi elaborado elegendo variáveis como nome, sexo, data do atendimento, endereço, sinais e sintomas, suspeita diagnóstica, conduta, profissional que realizou o atendimento, casos sensíveis a AB e USF de referência. Foram digitados e consolidados dados de 4379 prontuários referentes aos atendimentos do mês de abril.

O estágio nesse serviço aconteceu com uma dupla de profissionais residentes e as experiências aqui relatadas foram compartilhadas com mais um colega. Inicialmente fiz a contextualização do serviço em que estava inserida no estágio optativo. Em seguida trago as reflexões e inquietações que emergiram durante o estágio e após a tabulação dos dados construído no mesmo período. Por fim, apresento as contribuições do estágio para minha formação enquanto enfermeira residente em Saúde da Família e sugiro alguns aprimoramentos para o serviço.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO E DO ESTÁGIO OPTATIVO

A partir de 2008, como proposta de expansão da rede de atenção à saúde ocorre a implantação e readequação das UPAs, um novo espaço de atenção, além da regionalização e qualificação da atenção, e da interiorização com ampliação do acesso, visando à equidade. Para favorecer a regionalização, é exigida a integração da UPA com SAMU e com os serviços da atenção básica, diferenciando-se dos tradicionais serviços de pronto atendimento ou prontos-socorros (BRASIL, 2008).

As unidades de UPA são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde da família (USF) e a rede hospitalar, devendo funcionar 24h por dia, todos os dias da semana, e compor uma rede organizada de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção da rede, para os serviços da atenção básica ou especializada ou para internação hospitalar, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população (BRASIL, 2013).

A UPA onde ocorreu o estágio conta com um quadro profissional de duas enfermeiras, dois médicos e cinco técnicos de enfermagem ~~per~~ que trabalham em plantão de 24 horas. Essa unidade conta também com serviços de Raio-X e assistência social.

O estágio optativo na UPA teve como objetivos: conhecer a política nacional de urgência e o funcionamento do serviço, refletindo sobre sua relação com a atenção básica; conhecer a proposta do acolhimento com classificação de risco nas UPAs e as possibilidades para o serviço, produzir estudos sobre o acesso de usuários que subsidiem espaços de reflexão e avanços nas práticas da UPA e da Atenção Básica; realizar matriciamento com as equipes de saúde da família da região de saúde 4 a partir de casos complexos e metodologias que facilitem a aproximação dos trabalhadores da rede e produzam reconhecimento sobre a realidade, construindo ainda pactos de referência e comunicação entre os serviços.

3.2AÇÕES REALIZADAS NO ESTÁGIO

A rotina do estágio consistiu na digitação dos prontuários dos atendimentos realizados no serviço, alimentação do banco de dados já iniciado por turmas anteriores da Residência, possibilitando identificar cotidianamente possíveis situações que poderiam ser encaminhadas ou comunicadas imediatamente as equipes da Atenção Básica, especialmente da região de

saúde 4, possibilitando ampliação do vínculo dos usuários com as equipes e continuidade do cuidado. Foi realizado também entrevistas e atividade educativa com usuários na recepção do serviço para identificação de conhecimentos sobre a atenção básica. Participamos ativamente do acolhimento com classificação de risco, apoiando a enfermeira responsável.

Como produtos esperados ao final do estágio tivemos a construção de um banco de dados de atendimento realizado na UPA atualizado; apresentações e/ou metodologias de matriciamento para cada unidade visitada no período, segundo cronograma. Foi realizado também a construção do Fluxograma de Atendimentos da UPA, o levantamento do número de usuários por sexo, bairro, unidade de referência e tipo de agravos, quantidade de atendimentos sensíveis a atenção básica, além da contabilização de prontuários ilegíveis (caligrafia ilegível), de pacientes que não responderam ao chamado e de prontuários em branco ou incompletos.

De forma geral, a equipe do serviço foi bastante receptiva e colaborativa, em especial o administrativo e assistência social. Consideramos que a preceptoria do estágio foi de total importância para a nossa inserção no serviço, além de contribuir ativamente na construção dos nossos produtos. Devemos a preceptoria também o excelente acolhimento, pois nos sentimos bem-vindos no serviço proporcionando um ambiente favorável para realização das atividades propostas no estágio, além de contribuir com o processo de trabalho por facilitar o diálogo com os profissionais da unidade. Tivemos também apoio pedagógico, extremamente importante para nortear as ações, afim de atingir os objetivos proposto para o estágio e viabilizar espaços de aprendizado relacionando a teoria com a prática diária, espaços ricos de discussões acerca do processo de trabalho, dos dados analisados, dos questionamentos e inquietações que surgiram no decorrer do estágio.

3.3 PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho para mim e meu colega residente foi inicialmente bastante desgastante por ser repetitivo (digitação dos prontuários).

Foram 4379 prontuários digitados e analisados, o equivalente a uma média de 145/146 atendimentos diários, uma tarefa enfadonha, pois erámos dois residentes e nos revezávamos em leitura em voz alta e digitação. Percebemos que o número de prontuários era bastante alto, e nos dedicamos somente a isso no início do estágio, o que ao final do período curto, tornou-se cansativo e desestimulante. Por este motivo acreditamos que o número de três residentes seria o ideal para poder permitir a presença do residente em outros espaços já que era possível revezar a digitação com outras atividades propostas como sala de espera e participação ativa no acolhimento.

Entretanto, a medida que alimentávamos a base de dados, os achados se tornaram interessantes, pois identificamos informações relevantes, que nos levou a reflexão e ao desejo de propor mudanças no processo de trabalho da equipe da UPA por percebermos a falha na continuidade do cuidado ao paciente nesta unidade. Nesse processo, percebemos a riqueza desse banco de dados que estávamos alimentando, e como poderíamos melhora-lo também, acrescentando algumas variáveis estudadas, como a faixa etária e data de nascimento por serem dados necessários para outros setores do serviço como, para o Núcleo de Epidemiologia (NEP) e por facilitar a busca ativa de pacientes quando necessário.

Percebemos que o processo da análise dos dados é muito valiosa o que justifica a digitação. Durante a realização desse trabalho pude identificar que os dados ali contidos após tabulados e analisados são de extrema importância para a unidade e também para atingir o objetivo do estágio, que foi o de realizar o matriciamento das unidades de atenção básica da região de saúde 4, principalmente as que possuem profissionais residentes, e de facilitar o diálogo/encaminhamento seguro entre a UPA e as USFs. Dessa forma, além de se obter um diagnóstico situacional dos registros dos atendimentos realizados fornecendo informações importantes para fomentar mudanças no processo de trabalho da UPA com intuito de melhorá-lo e facilitá-lo foi possível também perceber, um retorno positivo não só para nossa formação enquanto profissionais de saúde, bem como para as USFs e também para o serviço em que estávamos inseridos.

3.4 INQUIETAÇÕES E REFLEXÕES

A análise dos dados digitados e tabulados contribuíram com o surgimento de algumas inquietações, relacionadas principalmente, a identificação de limitações no processo de trabalho da equipe do serviço, observada desde a entrada do paciente até o encaminhamento seguro do mesmo a outros serviços da rede quando necessário.

Abaixo serão destacadas as principais limitações observadas no serviço:

- Preenchimento Incompleto da Ficha de Atendimento

O preenchimento dos dados na ficha de atendimento acontecia na recepção do serviço. O usuário ao chegar na UPA, se dirigia a recepção, era solicitado um documento de identificação com foto para o preenchimento inicial da ficha de atendimento onde constavam os dados referentes a identificação do usuário, tais como nome, data de nascimento, rg, telefone e endereço,. Era muito comum encontrarmos fichas que não tinham o preenchimento da variável endereço, constando apenas dados sobre o nome do bairro, o que dificultou o encaminhamento seguro do usuário a sua unidade de de referência, já que existem USF no município, como USF Nova Aliança e PHOC CAIC, que tem como área adistrita o mesmo bairro, e estão somente divididos por ruas diferentes. A falta de preenchimento correto da ficha, nos remete ainda a outros problemas, como a dificuldade para realizar busca ativa de pacientes que necessitariam de acompanhamento, ou de notificação de determinados agravos.

No campo de ações em Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Saúde do Trabalhador, busca ativa significa ir a procura de indivíduos com o fim de uma identificação sintomática, principalmente das doenças e agravos de notificação compulsória. Busca ativa é um procedimento de suma importância e tem como objetivo a identificação precoce de casos suspeitos e uma rápida

confirmação para orientar adequadamente a aplicação de medidas de controle (LEMKE; SILVA, 2010).

Para fins de reduzir os problemas supracitados foi realizada compilação dos dados e em conjunto com a coordenadora do serviço e o coordenador do Núcleo de Epidemiologia realizamos uma reunião com os profissionais da recepção, onde apresentamos os dados e dialogamos sobre a importância do preenchimento de todos os campos existentes na ficha de atendimento e os prejuízos e consequências da sua ausência, buscando compreender quais as reais dificuldades apresentadas pelos profissionais para o não preenchimento completo dos dados e auxiliando para que fosse possível a realização do mesmo.

Pode ser observada também, uma quantidade numerosa de prontuários ilegíveis, ou incompletos. A falta de informações sobre o atendimento afeta tantos aos profissionais que poderão necessitar dos dados para ações futuras, como novamente para realização de busca ativa ou notificação, por exemplo, além de prejudicar a qualidade do atendimento prestado ao paciente dentro do serviço, já que as informações contidas orientam as outras categorias profissionais que irão atender aquele usuário.

- Casos Sensíveis A Atenção Básica

As UPAs têm o propósito de ser um local de atendimento rápido para casos graves em que o objetivo da assistência é a sua estabilização, e encaminhamento aos hospitais quando necessário. A Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, define o atendimento prestado pelas UPAs como um primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou, ainda, psiquiátrica; e que possa levar a sofrimentos, sequelas, ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006)

O perfil dos casos atendidos na UPA onde ocorreu o estágio é semelhante ao de outras UPAs do país, como mostra Oliveira et al. (2015) que

trás que os casos atendidos nas UPAs, frequentemente não se enquadram como urgência, gerando um fluxo de pacientes que excedem à capacidade do serviço. O atendimento a esses casos torna-se demorado, causando estresse, não só para o paciente que aguarda, quanto para a equipe que se depara, diariamente, com essa situação, tendo que repetir, para cada paciente, a finalidade das UPAs. O que mais me trouxe inquietação foi analisar que, quase a totalidade dos casos atendidos na UPA, foram sensíveis a Atenção Básica, ou seja, casos que poderiam ser resolvidos e devidamente acompanhados na unidade básica de saúde.

Na UPA deveriam ser atendidos durante o dia, de segunda a sexta somente urgência e emergência para tentar estabilizar casos de pacientes mais graves, encaminhar para o hospital, mas na realidade é bem diferente, a população se dirige a esse serviço para casos ambulatoriais como micose, “bicho de pé”, mastite leves em gestantes e puérperas, IVAS (Infecções de Vias Aéreas Superiores), odontalgias, rinite, sinusite, crises agudas hipertensivas, hiperglicemias e hipoglicemias moderadas, que poderiam ser tratados na AB.

Já havíamos observado alguns fatores que poderiam ter contribuído para manutenção da situação explicitada acima, e diante da identificação do problema foi proposto, a criação de um questionário para ser aplicado junto aos usuários na recepção, e a realização de sala de espera esclarecendo e tirando dúvidas sobre as diferenças entre UPA e UBS/ ESF. Ao longo da realização dessa atividade ouvimos dos usuários as seguintes frases: *“Se eu não consigo ser atendido na unidade de saúde do meu bairro, venho na UPA, sempre sou atendida no mesmo dia aqui, pode até demorar, mas sai daqui com minha receita na mão e não terei que esperar meses por uma consulta”* (Fala de uma usuária do serviço).

Com a concepção de reestruturação do modelo assistencial e com a implementação do PSF, a atenção primária e o PSF deveriam se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adtrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência. Por exemplo, um paciente hipertenso em acompanhamento numa unidade básica de saúde,

quando acometido por uma crise hipertensiva deve ser acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento, onde possui prontuário com história pregressa e atual possibilitando fazer um atendimento rápido e de qualidade, avaliando e readequando a terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade (BRASIL, 2003).

Em casos de usuário que não procura a unidade de saúde de referência, ou não é acolhido na mesma e utiliza a UPA como porta de entrada, este é atendido por profissionais que muitas vezes possuem vínculos temporários, desconhecem a rede, frequentemente prescreve medicamentos não disponíveis no SUS e de alto custo, contribuindo para que o usuário não utilize a medicação que foi prescrita por não ter condições de adquiri-la, favorecendo a existência de episódios de crise, o que resultará na procura pela UPA para um alívio temporário e que poderá ter implicações futuras no agravamento do seu problema de saúde.

Exemplos como os citados acima foi comumente vivenciado por nós durante o estágio. Nas situações quando tínhamos acesso imediato ao caso, fazíamos o encaminhamento seguro do usuário para sua unidade de referência, entrávamos em contato com os profissionais da unidade e fazíamos o encaminhamento com a ficha adequada, devidamente preenchida para ser entregue ao profissional que iria recebê-lo. Ao fazermos isso, notamos o quanto os profissionais que atuavam na UPA desconheciam a rede de serviços do município e a unidade de saúde de referência dos usuários, a partir do endereço de residência do mesmo. Identificamos também dificuldades dos profissionais quanto ao preenchimento correto da ficha de referência e contra-referência e desconhecimento sobre a importância desse instrumento, pois em sua rotina não tinham o hábito de encaminhar os usuários, e após os atendimentos apenas orientavam verbalmente que procurassem o posto de saúde.

Pudemos notar que os profissionais que atuam na UPA não realiza encaminhamento seguro para as respectivas unidades de saúde da família, mesmo em casos de pacientes reincidentes. E quando estes recebem pacientes com a folha de encaminhamento preenchida, não reenviam a ficha

como previsto, fazendo com que o usuário, se não informado na unidade de origem, não consiga o atendimento e retorne a UPA em crises futuras. Gomes et al. (2011) trás que a ausência de um efetivo sistema de referência e contra-referência, está entre as principais dificuldades enfrentadas por profissionais da AB para garantir a continuidade do cuidado, deixando os mesmos sem informações sobre os procedimentos ou condutas realizadas nos serviços referenciados.

- Atenção Básica Deficiente

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. A ESF é caracterizada por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, construídas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Dentre as características do processo de trabalho das equipes da AB está a realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012).

Um número alto de atendimentos de casos sensíveis a atenção básica, como casos de IVAS, Mastites em mulheres grávidas e puérperas, odontalgias, queixas uroginecológicas e urinárias, alterações de temperatura, administração de medicação, crises hipertensivas e alterações glicêmicas leves como presenciadas durante o estágio me fez questionar a responsabilidade de encaminhar o usuário a unidade de saúde de referência após o atendimento por parte dos profissionais da UPA, mas principalmente questionar o deficiente serviço prestado aos usuários na AB.

No município onde realizei o estágio, a cobertura populacional estimada pela ESF é de 55,42%, número abaixo do ideal. O número de pessoas que

deve ser acompanhada por uma equipe de Saúde da Família em algumas unidades do município também é maior do que o preconizado pela Política Nacional da Atenção Básica (2012), que recomenda para cada equipe de Saúde da Família, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se também, que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012). Observa-se que as equipes da AB também enfrentam adversidades para realização das suas práticas, trabalham muitas vezes em ambientes insalubres, sem estrutura adequada, com falta de insumos, materiais, equipamentos ou medicações. Dificuldades também relacionadas a alta demanda no acolhimento, devido ao não funcionamento de outros serviços, como, por exemplo, a sala de vacina.

Observando a variável endereço dos usuários que buscavam a UPA, percebo que a maior parte eram de moradores que residiam nas proximidades desse serviço ou em bairros distantes, que apresentam cobertura insuficiente da ESF. Um exemplo claro pode ser observado dentro da região de saúde (Região de Saúde de atuação da residência), onde foi identificado a partir dos dados analisados, que os usuários da unidade de saúde da família que menos acessaram a UPA no período do estágio foram os que residiam a área adstrita da única unidade que tem 100% de cobertura em saúde da família.

A AB tem poder de resolução de aproximadamente 85% das necessidades de saúde da população. Por ser o primeiro serviço de saúde prestado ao usuário quando solicitado ele deve ser de fácil acesso e sempre estar disponível. Esse acesso é referenciado tanto geograficamente, fatores relacionados à localidade, distância e meio de transporte para obter o atendimento, quanto sócio-organizacionalmente, fatores e recursos que facilitam ou impedem o atendimento (CONASS, 2011).

Sabe-se que uma atenção primária fortalecida, resolutiva, impactará de forma significativa na diminuição da demanda de procura das UPAs, já que os usuários, através do vínculo, buscarão a solução para problemas agudos junto

a equipe de saúde que os acompanha. E atingindo os objetivos proposto pela ESF, de prevenção e promoção da saúde além do acompanhamento longitudinal, acarretará na diminuição dos casos de crises de doenças crônicas, como por exemplo a hipertensão e diabetes.

Para a consolidação da AB no Brasil é necessário vencer inúmeros os desafios, e sem dúvida o aumento da cobertura é um passo fundamental, mas ainda são necessários outros, relativos à melhoria da gestão, integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, qualidade da atenção, dentre outros, o que é essencial para a garantia do atendimento mais equânime e integral (MALTA et al., 2016).

- Acolhimento

O acolhimento se mostra como uma tecnologia eficaz de orientação e esclarecimento ao usuário sobre os serviços de saúde da rede e o seu funcionamento, e favorece também a construção de vínculo. O acolhimento é um arranjo tecnológico que busca assegurar acesso aos usuários com o objetivo de escutar a todos, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. Acolher consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma região. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços respectivos e resolutivos. (SCHIMIDT, LIMA, 2004).

Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1997) afirmam que em uma unidade de saúde a recepção é um ponto estratégico, para o atendimento, portanto deve contar com profissional qualificado que possa fornecer informações e encaminhamentos corretos. Acredita-se que uma unidade básica de saúde que tenha seu trabalho pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), necessita buscar formas de acolher seus usuários diferente daquela em que, após passar horas em uma fila, recebem a informação de que não ha mais consultas ou fichas.

Quando o acolhimento é efetivo, é possível resolver os problemas do usuário, seja na unidade em que o mesmo é atendido, ou em outro serviço através do encaminhamento seguro e articulação de rede, possibilitando um

cuidado integral. Pinheiro (2009) trás o conceito da integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão de novas práticas da equipe de saúde, compreendendo de que ela não se dá em um só lugar, seja pela distribuição numa ampla gama de serviços das várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida, ou seja porque a melhoria das condições de vida dos paciente é uma tarefa intersetorial.

- Matriciamento

Para um melhor entendimento do que é a ESF e do seu funcionamento, além do fortalecimento da atenção primária como porta de entrada dos serviços de saúde, os profissionais da equipe precisam realizar um matriciamento na rede de serviços do município, com uma explanação geral sobre o que é a ESF, onde atua e de que maneira, quais os serviços ofertados, quem deve procurar o serviço e quando deve e como pode prestar apoio aos demais serviços da rede.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Para melhorar o processo de articulação de rede no município, uma importante ferramenta a ser utilizada é o matriciamento.

O matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica e essa relação amplia a possibilidade de realizar clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS e DOMITTI, 2011).

O matriciamento mostra-se uma ferramenta segura, por ser presencial e permitir o esclarecimento de dúvida, proporcionando um maior entendimento do que é o serviço, evitando que por exemplo, durante o acolhimento ao usuário, o profissional deixe de mencionar o serviço e seu funcionamento. O matriciamento promove também a construção vínculo entre os profissionais, facilitando a articulação de rede e a continuidade do cuidado.

Durante o estágio tivemos dificuldade para a realização do matriciamento com os profissionais da UPA. Devido a própria rotina do serviço, tínhamos dificuldade para reunir os profissionais ou parte deles, pois as reuniões existentes eram para resolver problemas administrativos, sobrando pouco tempo para a realização do matriciamento, o que nos levou a fazer então uma abordagem individual com os profissionais quando tínhamos oportunidade. Efaticávamos a orientação quanto ao papel da atenção básica e importância de existir um vínculo entre a UPA e as unidades de Saúde da Família e que só seria possível uma mudança com a participação de todos os envolvidos, motivados pela vontade de desempenhar melhor o seu papel, de forma mais saudável, organizada e comprometida.

3.5 SUGESTÕES PARA O APRIMORAMENTO DO CAMPO DE PRÁTICA DO ESTÁGIO E AS CONTRIBUIÇÕES DO ESTÁGIO OPTATIVO PARA MINHA FORMAÇÃO ENQUANTO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo de todo o relato, a partir das reflexões que compartilho, considero que por si só esse estudo se configura como uma contribuição para o estágio optativo e para minha formação enquanto Enfermeira Residente em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de outros profissionais que tiverem acesso a esse material. Considero isso, principalmente pelo formato da residência que estou inserida, que através do uso da metodologia ativa, busca formar profissionais que utilizem a prática como principal meio para a aprendizagem, a partir de reflexões que estejam baseadas nos princípios do SUS para o fortalecimento do mesmo e da ESF.

Quando comecei o estágio, me questionava como uma UPA poderia contribuir para minha formação em uma especialização em Saúde da Família, e o que o ambiente tão das unidades da ESF poderia me oferecer. A partir do primeiro contato com o consolidado do banco de dados e a alimentação do mesmo durante o estágio para perceber o quão rico e necessário era aquele espaço para minha formação. As limitações no processo de trabalho da equipe

do serviço me fizeram questionar, a qualidade do serviço prestado ao usuário dentro da UPA, mas também permitiram refletir sobre o processo de trabalho e a qualidade do serviço ofertado na ESF, e de como poderíamos garantir essa qualidade na assistência e como pequenas falhas podem ser geradoras de grandes problemas, percebi na prática que a rede necessita de maior articulação, e comunicação entre os serviços.

Articulação de rede, matriciamento e acolhimento são ferramentas essenciais para garantir a continuidade do cuidado, e devem ser utilizadas por todos os serviços da rede, incluindo os de urgência. Para além disso, é preciso também que os profissionais conheçam e reconheçam a rede de serviços ofertadas no município onde estão atuando, os meios e os instrumentos utilizados para o encaminhamento seguro, as medicações fornecidas na rede, bem como as unidades de saúde de referência a partir do endereço do usuário. Mesmo com as dificuldades enfrentadas pelos serviços tanto de urgência como da AB é possível se organizar de maneira que facilite o processo de articulação de rede, fazendo com que a AB funcione como porta de entrada preferencial dos usuários no sistema de saúde, diminuindo a demanda dos atendimentos de casos sensíveis a AB nas UPAs.

A UPA como um campo de estágio traz benefícios mútuos tanto para a UPA como para a USF. A permanência de Residentes nesse serviço pode contribuir na comunicação e amplia a possibilidade de articulação de rede, fornece também a possibilidade de construção de um consolidado dos atendimentos, o que traz informações relevantes para a organização do processo de trabalho da UPA. A participação do Residente em outras atividades, como a realização de sala de espera e a participação no acolhimento podem contribuir para o melhor funcionamento do serviço, auxiliar na orientação aos usuários sobre o funcionamento dos serviços de urgências e a ESF, junto aos profissionais que atuam no serviço e em facilitar a articulação de rede por já possuir reconhecimento do território.

Como sugestões para o aprimoramento do campo de prática do estágio, trago a ampliação do número de residentes na UPA, , pois dessa forma a possibilidade de revezamento entre a digitação dos prontuários para a

alimentação do banco de dados e entre outras atividades como, por exemplo, sala de espera, educação em saúde, produção de estudos referentes aos achados na tabulação dos dados, matriciamento das equipes de saúde da família do município e outros serviços da rede e a participação dos residentes junto ao NEP, espaço rico e que necessita de um maior número de pessoas envolvidas.

Sugiro que os Residentes também possam colaborar na construção de instrumentos que facilitem o processo de trabalho da equipe, como por exemplo, na articulação de rede, uma vez que os profissionais muitas vezes demonstram não possuir conhecimento acerca do território, podendo ser criado uma lista dos bairros e suas unidades básicas de saúde de referência correspondentes e a mesma ser afixada nas mesas de atendimento, a fim de facilitar o encaminhamento seguro do paciente para a unidade de referência. Poderia também ser confeccionado cartazes, panfletos informativos sobre a o que é a ESF e o seu funcionamento e serem distribuídos na recepção após uma sala de espera, bem como a construção de fluxos e divulgação interna dos achados nos consolidados.

4 CONCLUSÃO

A vivência no estágio optativo em uma UPA foi uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de novas habilidades para minha formação. O estágio ampliou o meu entendimento sobre o funcionamento de uma UPA, possibilitando observar as fragilidades do serviço e da AB, além de possibilitar o exercício de uma atuação crítica, reflexiva e criativa na resolução dos problemas ali existentes pondo em prática, em um espaço diferente, conhecimentos adquiridos no primeiro ano de residência, contribuindo para minha formação enquanto profissional de Saúde da Família.

O conhecimento acerca dos serviços disponíveis no município e a observação sobre a importância da necessidade da articulação de rede no serviço que estava inserida, mostrou-se o quanto essa é uma ferramenta importante para garantir a continuidade do cuidado a medida que os pacientes

agudizados ou crônicos agudizados atendidos na UPA eram devidamente encaminhados para suas unidades de saúde da família de referência para avaliação e continuidade do cuidado, evitando assim futuras crises e possibilitando o real tratamento das enfermidades.

A implantação ou reestruturação do acolhimento nos diversos serviços de saúde da rede se mostra também como uma alternativa para o fortalecimento da atenção básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado já que o acolhimento possibilita regular o acesso por meio da oferta de ações e serviços adequados, contribuindo para a satisfação do usuário, construção de vínculo, esclarecendo o funcionamento dos serviços, estimulando a cor responsabilização do cuidado por parte do usuário, visto que a maioria não tem esclarecimento sobre o funcionamento dos serviços de urgência e de atenção básica.

Por fim, o matriciamento da rede, pelos diversos serviços, possibilita melhora no processo de acolhimento ao usuário e amplia a possibilidade de articulação de rede, por parte dos profissionais, garantindo assim, a continuidade, compartilhamento do cuidado e integralidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p.286-298, fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 1. ed. Brasília, Ministério da Saúde. DF: Editora MS, 2006. p. 1-228.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 02 de dezembro de 2008. Propõe a implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento - UPA. Diário Oficial da União 2008; 03 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde- Departamento de Atenção Especializada. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITT, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 23, p.399-407, fev, 2007.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 1, n. 14, p.129-138, 2009.

GARLET, Estela Regina et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 2, n. 18, p.266-272, 2009.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, n. 16, p.881-892, 2011.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, n. 1, p.281-295, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da estratégia de Saúde da Família (eSF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, n. 21, p.327-338, 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, n. 66, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, Saionara Nunes de et al. Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 1, n. 24, p.238-244, mar. 2015.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni et al. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2009. p. 69-116.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMAÇARI (Brasil). **Município - História**. 2018. Disponível: <<http://www.camacari.ba.gov.br/portal/dados.php>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p.1487-1494, dez, 2004.

