



FIOCRUZ



PROGRAMAS
INTEGRADOS
DE RESIDÊNCIAS

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

**ARTICULAÇÃO ENTRE UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA E DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO
DE CAMAÇARI- BA.**

LUAN CAMPELO BRAGA

Camaçari – Bahia

2018

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Residência Multiprofissional em Saúde da Família

**ARTICULAÇÃO ENTRE UNIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA E DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO
DE CAMAÇARI- BA.**

LUAN CAMPELO BRAGA

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e a Fundação Estatal de Saúde da Família, como um dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Juliane Kely Fagundes Silva

Coorientador: Marcos Vinícius de Santana Silva

Camaçari – Bahia

2018

RESUMO

Objetivo: Fortalecer a articulação e comunicação entre três unidades da Atenção Primária à Saúde de Camaçari com uma das Unidades de Pronto Atendimento do município, visando a longitudinalidade do cuidado com o usuário e a integralidade da atenção à saúde. **Contexto/ Justificativa:** Constatou-se, a partir da obtenção dos dados e observação do cotidiano do Pronto Atendimento, a fragilidade da articulação entre as unidades de saúde da Atenção Básica com as de Urgência e Emergência. **Materiais e métodos:** Para a modificação de tal quadro fora suscitado um projeto de intervenção. Esse trabalho constará com intervenções que contemplam a realização do apoio matricial para as equipes de profissionais de unidades da Atenção Básica e também de Urgência e Emergência concomitante com ações de educação em saúde junto aos usuários a fim de viabilizar uma referência e contrarreferência segura do usuário e condições para efetivação da integralidade do cuidado. **Resultados esperados:** Espera-se que esse projeto de intervenção possibilite a manutenção da longitudinalidade ao usuário que permeia entre a Atenção Básica e unidades de Urgência e Emergência.

Palavras-chave: Planejamento em saúde, Atenção Primária à Saúde, Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

Objective: To strengthen the articulation and communication between three units of the Primary Health Care of Camaçari with one of the Emergency Care Units of the municipality, aiming at the longitudinality of care with the user and the integrality of health care. **Context / Rationale:** It was verified, from the data collection and observation of the daily routine of Emergency Care, the fragility of the articulation between the health units of Primary Care and those of Emergency and Emergency. **Materials and methods:** In order to modify such a framework, an intervention project had been proposed. This work will consist of interventions that include the realization of matrix support for the teams of professionals from Primary Care Units and also Emergency and Concurrent with actions of health education with the users in order to enable a safe reference and counter-reference of the user and conditions for completeness of care. **Expected results:** It is expected that this intervention project allows the maintenance of longitudinality to the user that permeates between Primary Care and Emergency and Emergency units.

Keywords: Health Planning, Primary Health Care, Ambulatory Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

APS: Atenção Primária à Saúde

FESF: Fundação Estatal Saúde da Família

FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz

NA: Nova Aliança

PA: Pronto Atendimento

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNAU: Política Nacional de Atenção às Urgências

RAS: Rede de Atenção à Saúde

RUE: Rede de Urgência e Emergência

SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	PÁGINA 07
2. CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	PÁGINA 09
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	PÁGINA 12
4. OBJETIVOS.....	PÁGINA 14
4.1 OBJETIVO GERAL	
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
5. METODOLOGIA.....	PÁGINA 15
6. METAS E AÇÕES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	PÁGINA 17
7. CRONOGRAMA.....	PÁGINA 21
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	PÁGINA 22
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	PÁGINA 23
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde apresenta como características a coordenação do cuidado, a descentralização e a resolutividade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) possui como fundamentos e diretrizes a universalidade ao acesso, a longitudinalidade do cuidado para com o usuário, adscrição da área territorial, promoção da saúde, participação dos indivíduos e a integralidade¹. Embora apresentem ideologicamente conotações diferentes, nesse trabalho os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) serão utilizados como sinônimos.

A ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma função inerente à APS, já que essa é considerada a porta preferencial de entrada para o usuário¹. A porcentagem preconizada pelo Ministério da Saúde para a resolutividade dos casos na APS é de 85%, sendo 15% relativos aos encaminhamentos a serem realizados para os níveis secundários e terciários da saúde².

As principais portas de entrada na Rede de Atenção à Saúde podem ser a atenção primária, de urgência e emergência, psicossocial e especiais de acesso aberto³. O usuário, por muitas vezes, permeia os diferentes níveis de complexidade da saúde apresentando a ausência ou pouca articulação entre as Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o Pronto Atendimento (PA) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e vice-versa^{4,5}, além da dificuldade na manutenção da continuidade do cuidado.

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi instituída pela Portaria Nº 1863/GM, em 29 de setembro de 2003. Algumas diretrizes que estão relacionadas para as redes de urgências são: a regionalização da saúde e atuação territorial, regulação do acesso aos serviços de saúde, humanização da atenção, acolhimento com classificação de risco, participação e controle dos usuários sobre os serviços, integralidade da equipe profissional⁶.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) possui alguns componentes, como a promoção, prevenção e vigilância à saúde, Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e as Centrais de Regulação Médica das Urgências, sala de estabilização, Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde, hospitalar, atenção domiciliar e unidades de

Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas^{6,7}.

O município de Camaçari, local a ser efetivado o projeto de intervenção, consta com 42 USF, 7 UBS, 25 equipes de saúde bucal. As unidades estão sediadas na Orla e na sede do município, sendo o total de oito regiões de saúde. A cobertura da saúde da família é de 57,96%, 32% da saúde bucal e 72,46% da Atenção Básica⁸. A rede de atenção especializada possui alguns serviços, como os quatro Centros de Atendimento Psicossocial, um Centro Especializado de Odontologia, um Centro de Oncologia, um Centro Imagem, uma Policlínica, uma Central de regulação do SAMU 192, uma Unidade de Anemia Falciforme, um Centro Especializado em Reabilitação Física, um Centro de Especialidade referente DST/AIDS, um Hospital Geral, duas unidades de Pronto Atendimento (UPA) situadas nos bairros da Gleba A/Gravatá e Arembepe, e três prontos atendimentos (PA) localizados em Montegordo, Vilas de Abrantes e Nova Aliança (NA), sendo esse último o objeto da vivência o qual motivou suscitar a elaboração deste projeto de intervenção.

O presente estudo/projeto é importante para o município de Camaçari, visto que a frágil articulação entre as unidades da AB e das de Urgência e Emergência culminam, por muitas vezes, numa barreira de acesso ao usuário e na dificuldade de manutenção da integralidade do cuidado nos mais diferentes níveis da saúde. Com isso será possível coordenar a continuidade do cuidado com o usuário através de uma referência e contrarreferência segura entre a UPA com as USF e vice-versa. Isso proporcionará também a reorganização do processo de trabalho dos profissionais, a melhoria da articulação entre os diferentes níveis de complexidade da RAS.

CONTEXTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal da Bahia em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) é composta por profissionais graduados (cirurgião-dentista, enfermeira, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta) que realizam a pós-graduação em Saúde da Família. O tempo de duração da residência é de dois anos e possui carga horária prática de 60h/semana (total de 5760h) e 1152h totais em atividades teórico-práticas durante o período referido.

No primeiro ano, estive alocado como Cirurgião-dentista da residência em duas USF de Camaçari nas quais assumi o serviço e obtive o apoio pedagógico realizado pelos preceptores. No segundo ano, a proposta era vivenciar outros serviços da RAS. Dessa forma, perpassei por dois estágios optativos (três meses em cada serviço) no município⁹.

No primeiro período (abril-julho/17) iniciou-se a vivência no PA de Nova Aliança. Escolhi esse local, pois gostaria de verificar o funcionamento e a dinâmica de uma Unidade de Urgência e Emergência e os seus principais nós críticos. Também gostaria de contribuir com o conhecimento que adquiri durante o primeiro ano da residência a partir da demonstração da importância da AB aos profissionais e usuários do PA, assim como melhorar a comunicação entre as unidades de diferentes níveis de complexidades.

A partir da vivência no PA de NA como residente, juntamente com uma enfermeira da residência, e verificação do cotidiano da unidade no horário previsto para o estágio da Residência (das 08h às 17h), foram constatadas inúmeras situações que poderiam ser modificadas. Entre essas estão a falta de uma referência e contrarreferência segura entre as redes de baixa, média e alta complexidade, fragilidade na longitudinalidade do cuidado ao usuário após a alta clínica numa rede de Urgência e Emergência e a não compreensão do fluxo adequado para a APS ou PA pelos funcionários e usuários. Outra situação verificada foi a ausência da articulação entre os diferentes níveis de complexidade da saúde, além de um elevado número de atendimentos clínicos no PA de NA que poderia ter a sua resolubilidade e acompanhamento nas USF ou UBS do município.

O plano de estágio foi iniciado com a revisão e análise de 4379 prontuários de usuários que foram atendidos no PA de Nova Aliança no período de 01 a 30 de abril de 2017. Desse total foram excluídos 957 prontuários devido à dificuldade de compreensão pela letra ilegível e informações diminutas, como por exemplo, evasão de usuários ou prontuários vazios. Posteriormente, os dados coletados foram registrados e especificados no banco de coleta de dados próprio adaptado confeccionado no programa de computador Microsoft Excel.

Totalizou-se 3422 casos que preencheram todos os critérios de inclusão estabelecidos, como por exemplo, a presença da descrição legível e categorização dos sinais e sintomas, procedimentos executados/solicitados, nome do usuário e data de emissão do prontuário. Este instrumento de coleta trouxe informações imprescindíveis para a delimitação da amostra e, do diagnóstico do perfil dos atendimentos em uma unidade de média complexidade e a sua correlação com a rede da Atenção Básica. As variáveis incluídas foram: sexo, suspeita diagnóstica, profissional responsável pelo atendimento e o bairro em que o usuário reside, bem como a USF ou UBS adstrita para aquela localidade.

No estudo foi possível observar que 80% dos atendimentos realizados no PA de NA, ou seja, 2737 atendimentos, era possível ter a resolubilidade da condição clínica na APS. Elaborada por especialistas, em 2008, o Ministério da Saúde publicou a lista de códigos de condições clínicas consideradas sensíveis para a APS¹⁰. Verificou-se também o número de atendimentos relacionados ao bairro em que o usuário residia oriundo da região 4 do município. Averiguou-se que 543 eram de Nova Aliança, 458 do Phoc Caic, 256 do Phoc III, 90 de Piaçaveira e 40 de Mangabas. Dessa forma, para efeito de estudo do projeto de intervenção foi realizado o recorte da região 4 com os três bairros que mais acessaram o PA de NA.

O PA de Nova Aliança foi inaugurado no ano de 2007. Apesar da comunicação visual do PA de NA ser condizente com de uma UPA, a referida é classificada, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, como um PA. Isto faz com que os recursos financeiros repassados para a unidade se tornem inferiores daquelas que são categorizadas como UPA.

O pronto atendimento de NA funcionava 24h. Era constituído por 10 assistentes administrativos e recepcionistas, 8 auxiliares de limpeza, 47 técnicos

de enfermagem, 7 técnicos em radiologia, 9 enfermeiras, 6 seguranças, 5 motoristas, 19 médicos e uma coordenadora. A referida unidade atendia, em média, 450 usuários diariamente pertencentes a qualquer localidade, sendo o acesso podendo ser oriundo de demanda espontânea, do SAMU 192 ou referência de USF e UBS. A partir do dia 01/01/2018 a referida unidade passará por uma reforma para ser transformada em um Centro de Atendimento para crianças. O novo campo de estágio optativo da residência, que antes era realizado no PA de NA, será na UPA da Gleba A/Gravatá. Infere-se que os problemas anteriormente citados no PA de NA provavelmente permeiem na referida UPA.

A partir das problemáticas citadas e com abertura para inclusão de outras, iniciou-se a elaboração de um projeto de intervenção a ser efetivada em três USF (Nova Aliança, Phoc Caic e Phoc III) da região 4 de Camaçari, as que apresentaram os maiores números de usuários que acessaram o PA de NA no referido período do estudo. No entanto, com o fim do PA de NA e mudança do estágio optativo para UPA Gleba A/Gravatá, pretende-se viabilizar a implantação de tal projeto nesse novo campo de prática.

REVISÃO DE LITERATURA

A falta de articulação entre as unidades da AB com as de Urgência e Emergência são decorrentes de inúmeros fatores, dentre esses a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência é perceptível. Um estudo do tipo transversal realizado no Estado da Paraíba verificou o elo frágil de comunicação entre as respectivas unidades da AB e rede de média e alta complexidade, sendo consequência de vários fatores, como a ausência de protocolos e fluxos, desconhecimento da importância da realização de uma referência e contrarreferência segura pelos profissionais¹¹. O conhecimento pelos profissionais da necessidade de efetuarem uma referência e contrarreferência segura aos usuários e o empoderamento das informações sobre o encaminhamento seguro, bem como a continuidade do cuidado são fatores importantes para o reordenamento dos processos de trabalho e dos serviços^{4,5,11}.

Outras pesquisas também corroboram quanto aos nós críticos nos nós críticos que foram constatados no município a ser desenvolvido o projeto de intervenção. Brondani et al. (2016)¹² realizaram um estudo entre os meses de julho a agosto de 2014 nos serviços de saúde da APS e da atenção terciária com o objetivo de verificar os entraves que permeavam o sistema de saúde em um município do sul do Brasil. Foi possível constatar que um dos principais problemas encontrados foi a falta de comunicação entre os trabalhadores dos serviços da APS e o nível terciário da saúde. Isso interferiria na integralidade e longitudinalidade do usuário, visto que não ocorria a efetividade do mecanismo de contrarreferência no município.

Pereira et al. (2016)¹³ também realizou um estudo sobre o ao sistema de referência e contrarreferência, no entanto, nesse caso a pesquisa foi realizada no município do Rio de Janeiro e entre unidades de reabilitação física da pessoa com deficiência e APS. Constataram-se dificuldades semelhantes aos estudos citados anteriores, ou seja, dificuldade da manutenção da longitudinalidade do cuidado ao usuário e quanto à da contrarreferência de um nível de saúde de maior complexidade para a APS.

Um outro aspecto verificado no PA de NA foram elevados números de atendimentos das condições clínicas que poderiam ter a sua resolubilidade na

APS. Foi perceptível que os usuários optam pelo acesso as unidades de Urgência e Emergência mesmo em áreas que possuem USF ou UBS. Alves et al. (2015)¹⁴ realizaram um estudo descritivo nas unidades de Urgência e Emergência do município de Diamantina. Constataram uma baixa efetividade do mecanismo de referência e contrarreferência, propiciando a desarticulação das redes de saúde da localidade. Outro nó crítico verificado foi a escolha de uma Unidade de Urgência e Emergência como primeira opção dos usuários, mesmo que em determinadas localidades estejam presentes as USF ou UBS, em virtude, por exemplo, da dificuldade do agendamento de consultas e déficit de profissionais.

OBJETIVO GERAL

Fortalecer a articulação e comunicação entre três unidades da Atenção Primária à Saúde de Camaçari (USF Nova Aliança, USF Phoc Caic e USF Phoc III) com o novo local do estágio optativo da residência, a UPA Gleba A/Gravatá do Município de Camaçari- BA, visando a longitudinalidade do cuidado com o usuário e a integralidade da atenção à saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir com a qualificação do sistema de referência e contrarreferência da Urgência e Atenção Primária em Saúde a partir da realização do apoio matricial para as equipes nas referidas unidades da AB e na UPA;
- Realizar a educação em saúde para os usuários a fim de promover esclarecimentos das condições clínicas sensíveis à AB e às unidades de Urgência e Emergência.

METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de um projeto de intervenção elaborado a partir da vivência do cotidiano do PA de Nova Aliança e reflexão de algumas questões encontradas. A partir do dia 01/01/2018 a referida unidade passará por uma reforma para ser transformada em um Centro de Atendimento para crianças. O novo campo de estágio optativo da residência, que antes era realizado no PA de NA, será na UPA da Gleba A/Gravatá. Infere-se que os problemas anteriormente citados no PA de NA provavelmente permeiem a referida UPA.

A questão norteadora que motivou a construção de tal projeto foi: Como melhorar a articulação entre as unidades da AB e as de Urgência e Emergência? Alguns passos foram realizados tendo como base a metodologia de projeto de intervenção associado à árvore de problemas do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de São Paulo¹⁵.

As principais causas elencadas foram a falta de clareza dos usuários e profissionais em relação as condições clínicas pertinentes a serem atendidas na AB, sistema fragilizado de referência e contrarreferência, falta de comunicação entre as USF e PA, diminutos recursos humanos e profissionais sobrecarregados. Tais fatores culminam no problema principal o qual seria a falta de articulação entre unidades da AB e de Urgência e Emergência. Isso propicia inúmeras consequências, tais como: superlotação das unidades de Urgência e Emergência e fragilidade na manutenção da integralidade e longitudinalidade do cuidado ao usuário.

O método que será adotado para a realização das oficinas durante a efetivação das etapas do projeto de intervenção será baseado em metodologias ativas. Nela não ocorre a verticalização do aprendizado, mas a construção compartilhada do saber^{16,17}. A reflexão e autonomia são um dos princípios que constituem a metodologia. São elaboradas questões norteadoras pautadas na realidade dos indivíduos e coletivos, sendo essas o centro do processo de ensino e aprendizagem¹⁶. Para efetuar tal metodologia é imprescindível a condução pelos facilitadores, os quais irão discorrer sobre as principais questões emblemáticas que acercam tal realidade. Com isso, provavelmente, emergirá o protagonismo dos sujeitos e a autonomia para a busca das soluções baseadas

nas causas de tais problemas^{16,17}.

O referencial teórico utilizado como suporte para elaboração das metas e ações do projeto foi pesquisado nas bases de dados Scielo, PubMed e Lilacs, utilizando os descritores “atenção primária à saúde”, “integralidade em saúde” e “saúde pública”, e foram filtrados materiais na língua portuguesa, inglesa e espanhola entre os anos 2002 e 2017. Os artigos foram selecionados a partir do resultado de busca que contemplavam informações referentes ao tema do projeto de intervenção proposto. A exclusão dos artigos, durante a pesquisa, foi em decorrência da ausência de informações pertinentes ao tema ou incompatibilidade do resumo com a ideia proposta pelo projeto de intervenção.

METAS E AÇÕES DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

OBJETIVO ESPECÍFICO 1	Contribuir com a qualificação do sistema de referência e contrarreferência da Urgência e Atenção Primária em Saúde a partir da realização do apoio matricial nas USF (Nova Aliança, Phoc Caic e Phoc III) e na UPA (Gleba A/Gravatá).
META 1	Propiciar a articulação entre as USF e UPA a partir da referência e contrarreferência segura do usuário na rede.
AÇÃO 1	Matriciar as equipes das respectivas unidades, incluindo gerentes das USF e coordenadora da UPA, quanto ao sistema de referência e contrarreferência, demonstrando a importância do profissional conhecer as principais demandas pertinentes à AB e Unidade de Urgência e Emergência.
RESPONSÁVEIS	<ul style="list-style-type: none"> Nas três USF onde há campo prático da residência- Apoiadores institucionais do primeiro e segundo ano da residência multiprofissional em saúde da família da FESF- FIOCRUZ juntamente com o preceptor de referência. Na UPA- Residentes do segundo ano juntamente com o auxílio do apoiador de campo do estágio optativo da residência citada.
DATA	Início em maio de 2018 com previsão de novos matriciamentos a cada seis meses nas USF e três meses na UPA.
LOCAL	USF de Nova Aliança, Phoc Caic e Phoc III, além da UPA da Gleba A/Gravatá do município de Camaçari-BA.
JUSTIFICATIVA	O matriciamento propiciará o suporte às equipes através do saber específico e experiências/vivências. A partir disso, a ordenação dos respectivos serviços e comunicação entre os mesmos será favorecida.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Serão realizadas oficinas visando a compreensão da importância do sistema de referência e contrarreferência, do preenchimento correto das fichas e dos principais fluxos das USF e UPA. Será construída junto às equipes a unificação de termos e siglas e serão discutidas condições clínicas pertinentes para a AB e unidades de Urgência e Emergência; Nas USF as oficinas terão como facilitadores os residentes sanitaristas do primeiro e segundo ano da residência multiprofissional em saúde da família. Terá duração de 4h e poderá ser realizada durante a reunião de unidade ou reuniões de equipes. Na UPA o matriciamento será realizado pelos residentes do segundo ano os quais estão realizando o período do estágio optativo. O apoio matricial poderá ser mais objetivo e sucinto devido à dificuldade de horários na agenda dos profissionais. Duração em média de 45 min para os profissionais da respectiva unidade e 1:30h para a coordenação. As oficinas constarão, em média, com a presença de 140 profissionais (das USF e distribuídos nos grupos menores por Unidades).

RECURSOS NECESSÁRIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Para as oficinas serão necessários recursos humanos (residentes e preceptores, servidores municipais das USF e UPA) e materiais (caneta, lápis, borracha, papel ofício, aparelho de Datashow, além de materiais impressos).
CUSTO	<ul style="list-style-type: none"> • Valor médio do toner preto: R\$ 500,00 (impressão de 10.000 folhas); • 1 pacote de papel ofício A4 com 500 folhas: R\$ 30,00 • 1 caixa com 144 unidades de lápis: R\$ 55,00 • 3 caixas com 50 unidades de canetas: R\$ 60,00 (uma caixa equivale a R\$ 20,00) • 4 caixas com 40 unidades de borrachas: R\$ 60,00 (uma caixa equivale a R\$ 15,00).
INDICADOR	<ul style="list-style-type: none"> • Número de participantes em cada unidade durante as oficinas; • Aumento no número do preenchimento correto das guias de referência e contrarreferência nos meses posteriores; • Retorno dos usuários atendidos em Unidade de Urgência e Emergência para a APS.
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	Gerentes das USF e coordenadora da UPA matriciados pelos apoiadores institucionais e residentes.
PRINCIPAIS NÓS CRÍTICOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Mudança de campo do estágio optativo da residência do PA de NA para a UPA da Gleba A/Gravatá; • Diminuto quadro de recursos humanos e estrutura física de algumas unidades; • Resistência dos profissionais para a participação das oficinas; • Disponibilidade do horário na agenda para a execução da referida atividade.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2	Realizar ações de educação em saúde com os usuários a fim de promover esclarecimentos das condições clínicas sensíveis à AB e das unidades de Urgência e Emergência.
META 2	Propiciar a clareza, aos usuários, em relação as demandas pertinentes à APS e unidades de Urgência e a importância da longitudinalidade do cuidado na APS.
AÇÃO 1	Realizar salas de espera e oportunizar outros espaços para falar sobre o tema junto aos usuários.
RESPONSÁVEIS	Equipe de profissionais da área de saúde e administrativa (gerentes, coordenadora e recepcionista) das USF de Nova Aliança, Phoc Caic e Phoc III e da UPA de Gleba A/Gravatá.
DATA	A ser iniciada em maio de 2018, após início do apoio matricial das equipes pelos apoiadores institucionais da residência multiprofissional em saúde da família
LOCAL	USF de Nova Aliança, Phoc Caic e Phoc III, além da UPA da Gleba A/Gravatá do município de Camaçari-BA.
JUSTIFICATIVA	Torna-se imprescindível que o usuário tenha o empoderamento das informações sobre o encaminhamento seguro, bem como a continuidade, integralidade do cuidado e a ciência das demandas de casos pertinentes à APS e unidades de Urgência e Emergência.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> Nas USF- Serão realizadas salas de espera do referido tema pelos profissionais para os usuários durante o início da manhã e da tarde. Reforço do tema também durante as atividades coletivas e consultas. Na UPA- Sala de espera (início da manhã e término da tarde) realizado pelos residentes que estão no estágio optativo da referida residência Nas USF e UPA- Exposição de pôsteres e fluxos nas principais áreas das unidades sobre as diferenças entre USF/UBS e UPA e os principais casos que poderão ter a sua resolução em cada uma delas.
RECURSOS NECESSÁRIOS	<ul style="list-style-type: none"> Para as salas de espera serão necessários recursos humanos (residentes e preceptores, servidores municipais das USF e UPA) e materiais (pôsteres, fita adesiva e papel ofício).
CUSTO	<ul style="list-style-type: none"> Valor médio do toner preto: R\$ 500,00 (impressão de 10.000 folhas); 1 pacote de papel ofício A4 com 500 folhas: R\$ 30,00 4 fitas adesivas: R\$ 20,00 (uma fita equivale a R\$ 5,00) 4 pôsteres: R\$ 160,00 (a confecção de um pôster equivale, em média, R\$ 40,00).

INDICADOR	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno dos usuários para a manutenção do cuidado nas USF, após serem atendidos na UPA; • Diminuição dos casos sensíveis à APS na UPA oriundos das referidas USF.
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionários das respectivas unidades da AB e Urgência e Emergência os quais verificarão o retorno do usuário à unidade da AB e a diminuição de casos da AB na UPA.
PRINCIPAIS NÓS CRÍTICOS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Resistência dos usuários em se dirigirem às USF, pois explanam que o acesso para um atendimento na UPA é mais rápido que nas USF, além de relatarem que na USF há dificuldade do agendamento de consultas e déficit de profissionais. • Resistência dos profissionais para a realização da educação em saúde do referido tema.

CRONOGRAMA

Início previsto da ação	Descrição da ação	Término previsto da ação
Objetivo Específico 1 Data: Maio/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Matriciar as equipes das respectivas unidades, incluindo gerentes e coordenadora, quanto ao sistema de referência e contrarreferência, demonstrando a importância de o profissional ter a consciência da resolubilidade e conhecer as principais demandas pertinentes à AB e Unidade de Urgência e Emergência. 	Contínuo
Objetivo Específico 2 Data: Maio/2018	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações de educação em saúde junto aos usuários. • Expor e fixar pôsteres e cartazes, assim como distribuição de impressos, sobre a importância de um encaminhamento seguro, diferença entre USF e UPA e a continuidade do cuidado. • Realizar rodas de conversa nas atividades coletivas e salas de espera para os usuários. 	Contínuo

RESULTADOS ESPERADOS

Pretende-se com projeto de intervenção proposto fortalecer a ideia e prática de longitudinalidade do cuidado para com o usuário nas unidades da Atenção Básica e diminuição de casos possíveis de resolução na APS nas de Urgência e Emergência no município. Isso será oriundo de um matriciamento das equipes as quais poderão qualificar o sistema de referência e contrarreferência, assim como propiciar o esclarecimento dos profissionais quanto aos casos sensíveis à AB.

O projeto propõe realizar o apoio matricial no novo campo de estágio, assim como nas USF citadas anteriormente. Esse apoio contempla inúmeras definições, dentre essas estão a qualificação do trabalho, longitudinalidade do serviço e conhecimento, ordenação da rede e comunicação entre serviços e prestar suporte às equipes através do saber específico e experiências/vivências^{18,19}. A partir da realização do apoio matricial será possível a explanação dos fluxos elaborados das redes da APS e de Urgência e Emergência, tendo como um dos possíveis resultados esperados: melhor articulação entre unidades da AB e de Urgência e Emergência, um encaminhamento seguro dos usuários, maior resolubilidade dos casos sensíveis à APS nas USF ou UBS e a continuidade do cuidado.

Outro aspecto seria a realização da educação em saúde junto aos usuários com a facilitação dos profissionais de saúde das USF e UPA envolvidas. Isso poderá ocasionar a clareza em relação as demandas pertinentes à APS e unidades de Urgência e Emergência, além dos usuários também verificarem a importância da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção à saúde. Confluyente a isso poderá ser constatada uma melhora na comunicação entre os serviços das USF com a UPA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade e manutenção da longitudinalidade do cuidado ao usuário ainda é um desafio enfrentado diariamente quando esse perpassa pelas unidades da Atenção Básica ou das de Urgência e Emergência. A falta de articulação entre a AB com as unidades de Urgência e Emergência pode ser considerado o principal problema oriunda da fragilidade do sistema de referência e contrarreferência realizada pelos profissionais, assim como a falta de clareza pelos profissionais e usuários dos casos pertinentes a APS e unidades de Urgência e Emergência. Outro aspecto também seria os usuários buscarem o acesso na UPA e PA pela facilidade mais rápida ao atendimento, visto que há queixa, por parte desses, em relação a dificuldade no agendamento de consultas e déficit de profissionais nas USF/UBS.

Logo, o projeto de intervenção proposto engloba inúmeras modificações, mas essas dependem diretamente de mudanças no processo de trabalho das equipes e de um respaldo da gestão que possibilitará a facilitação do diálogo e pactuações entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF;2012.
2. Brasil. Atenção Primária Integral à Saúde- Indicadores para avaliação. Rio de Janeiro;2011.
3. Brasil. Decreto n. 7508, 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. Diário Oficial da União 28 jun 2016.
4. Calistro FCF. Processo de referência e contrarreferência na Unidade de Saúde Parque Recreio, Equipe 35, município de Contagem. Polo de Contagem, Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso [Curso de Especialização Em Atenção Básica em Saúde da Família]- Universidade Federal de Minas Gerais;2014.
5. Fratini JRG, Saube R, Massaroli A. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saúde 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 1.600, de 07 de Julho de 2011: que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF);2003.
8. Secretaria Municipal de Saúde (Camaçari-BA). Relatório 1º Quadrimestre de Camaçari. Camaçari (BA);2017.
9. Costa AJJ, Dos Reis AM, Rosa GFS, De Oliveira JAS, Delgado LV, Borges MNC, et al. Projeto Político Pedagógico (1ª versão) da Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família. Fundação Estatal Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz Bahia "Gonçalo Muniz". Salvador (BA);2017.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.
11. Protasio APL, Da Silva PB, De Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. Saúde debate 2014 Out; 38 (N.especial): 209-220.
12. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Da Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. Cogitare Enferm 2016 Jan/mar; 21(1): 01-08.
13. Pereira Juarez de Souza, Machado William César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva 2016; 26(3): 1033-1051.
14. Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais- Brasil. Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 469-475.
15. Curso de Especialização em Saúde da Família Pab 6 da Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de São Paulo.2015.
16. Diesel A, Baldez ALS, Martins SN. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. Revista Thema 2017; 14(1): 268-288.
17. Paiva MRF, Parente JRF, Brandão IR, Queiroz AHB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: Revisão integrativa. Sanare: Revista de políticas públicas 2016; 15(02): 145-153.
18. Campos Gastão Wagner de Sousa, Domitti Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 Feb [cited 2018 Jan 07]; 23(2):399-407. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
19. Oliveira GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In: CAMPOS G. W. de S. et al. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 411p. (Saúde em debate). Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj766Djp_XXAhWCCpAKHTwFAXMQFggxMAA&url=http%3A%2F%2Fandromeda.ensp.fiocruz.br%2Fteias%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fbiblioteca_home%2Fmanual_da_s_praticas_de_atencao_basica%255B1%255D.pdf&usq=AOvVaw1MOfziUNCTv6NughV6DYG>. (artigo 11 do Manual)