

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "Julio de Mesquita Filho"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Curso de Pós-Graduação Lato Sensu (Especialização) em Humanidades e Humanização
no Campo da Saúde – 1ª edição

HALINE FERNANDA CANELADA

Redes de Atenção a Saúde: a experiência de matriciamento no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB).

2019

RESUMO

Observa-se um grande avanço democrático no que tange à utilização dos serviços de saúde na trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS), todavia, são notórios os inúmeros entraves que dificultam o exercício cotidiano das práticas em saúde, como a fragilização dos vínculos entre as diferentes complexidades de atendimento, a desorganização do acesso, o despreparo profissional para lidar com as questões de ordem social e subjetiva, a ausência do coletivo no diálogo entre trabalhadores, gestores e a inserção do usuário neste contexto.

Na tentativa de superar estes desafios para a qualificação do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece dispositivos e estratégias que visam garantir um atendimento de qualidade aos usuários e valorização dos profissionais da saúde, numa perspectiva de mobilização e participação de todos os envolvidos nos processos de produção de saúde, bem como uma mudança na cultura organizacional dos serviços. Considerando, sob esta ótica, que o usuário é um só dentro do SUS, a rede de atenção à saúde deve estar organizada de maneira integrada; Assim, a proposta de um trabalho integrado em rede requer o envolvimento de todos os dispositivos de gestão à saúde, desde a qualificação das intervenções e continuidade do cuidado até à ampliação da corresponsabilização do usuário.

Reconhecendo a importância desta aproximação e articulação entre os serviços que englobam todas as complexidades de atendimento, assim como as dificuldades relatadas empiricamente pelos usuários para continuidade do cuidado no município de origem após atendimento especializado, o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) localizado no município de Américo Brasiliense, interior de São Paulo, iniciou o “*Projeto Integra Rede: quebrando barreiras e aproximando serviços*”, sob a ótica de que a qualificação desta integração poderia auxiliar na organização da rede, de forma que o usuário não tivesse seu tratamento interrompido devido a dificuldades de acesso aos serviços. Neste sentido, a proposta desta pesquisa é analisar se no período estabelecido de agosto de 2017 a agosto de 2018 este projeto cumpriu seu papel.

PALAVRAS CHAVES: Rede de atenção a Saúde; Matriciamento; Humanização; Equipe Multiprofissional; Cuidado Integrado.

INTRODUÇÃO

Um marco importante na conquista do direito a saúde, além do acesso gratuito e igualitário, sem distinção de raça, credo ou classe social, foi o reconhecimento de outros fatores como determinantes e condicionantes do adoecimento, sugerindo que para compreender o processo saúde e doença deveria ser considerado também o contexto de vida biopsicosocial do usuário.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990a)

Nogueira e Miotto (2007) contribuem com esse debate ao explanarem que o processo saúde/doença não pode ser considerado inerte e definido apenas pela estrutura orgânica do usuário, é necessário ampliar o olhar e observar a influência da cultura, das relações sociais, econômicas, aspectos espirituais e das condições de vida vivenciadas. Assim, para atender tais necessidades, foram formuladas e implantadas políticas econômicas e sociais que incorporassem espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e de gestão do SUS.

Assim, a fim de auxiliar no cumprimento de tais definições, além de facilitar o acesso à saúde, a Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios doutrinários e organizativos que sustentam esta sistematização em todos os níveis de atenção a saúde.

Os princípios doutrinários podem ser definidos como um conjunto de idéias fundamentais que regem a saúde pública brasileira (BRASIL, 1990), sendo eles:

- **Universalidade:** que garante acesso às ações e aos serviços de saúde para todos que deles necessitarem;
- **Equidade:** que reconhece as desigualdades nas condições de vida, de saúde e necessidades dos usuários, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade;
- **Integralidade:** sistematiza as práticas desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e visa o atendimento integral das necessidades de saúde do usuário.

Já os princípios organizativos contemplam a descentralização na gestão de serviços, a integralização das ações, a regionalização e a hierarquização das unidades prestadoras de

serviços, a participação da população e o fortalecimento do papel do gestor. Em um país com diferenças socioeconômicas e geográficas tão notórias é plausível que a execução de políticas públicas de saúde tenha seu funcionamento e organização ramificados e próximos da realidade apresentada. Esta dimensão reflete que a realidade populacional não pode estar distante dos recursos e da organização da saúde.

Ante o exposto, nota-se que a política de saúde do Brasil tem buscado, através de novas experiências de gestão, reorganizar a rede de serviços de forma que o acesso à saúde se torne menos burocrático e ofereça serviços com mais qualidade. Além disso, compreender um pouco da história do SUS, e que a rede de saúde possui pontos que se conectam, em um emaranhado com diversos lados e direções, fortalece a concepção de um trabalho coletivo, que envolve forças dispersas, múltiplas e heterogêneas potências de luta (MATTOS, 2011).

Considerando o desejo em melhorar a qualidade da oferta, do atendimento e continuidade do cuidado no SUS, o Hospital Estadual Américo Brasiliense (HEAB) e Ambulatório Médico de Especialidades (AME), localizados dentro da mesma regional de saúde, porém distintos em suas complexidades, deram início em agosto/2017 ao projeto denominado “*Integra Rede: quebrando barreiras e aproximando serviços*”, cujo objetivo macro é o de qualificar a integração dos serviços com a rede de atenção a saúde de referência do usuário, compreendendo que a aproximação, envolvimento e ação junto a estes serviços podem auxiliar na organização da rede, de maneira que o usuário não tenha seu tratamento interrompido devido a dificuldades de acesso.

Ambos os serviços são geridos pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA), entidade de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, e ocupam um papel de referência para o atendimento de 24 municípios, com população média de 01 milhão de habitantes. Suas diferenças estão na complexidade de atendimento ofertado. Enquanto o AME, destina-se a atendimentos ambulatoriais especializados de curto segmento, o HEAB oferece atendimento especializado em internações clínicas, cirúrgicas e leitos de UTI. Juntos realizam, aproximadamente, 16 mil atendimentos por mês, com foco na média complexidade, visando atender os problemas de saúde mais frequentes na população (contando para isso com profissionais especializados, apoio diagnóstico e de tratamento).

A proposta deste projeto surgiu através da Comissão de Humanização da Instituição com apoio dos gestores, como maneira de fortalecer a discussão sobre organização da saúde

pública atual, desmistificando o paradigma do modelo de atenção tradicional (hospitalocêntrico) para o centrado no indivíduo (o qual necessita de um olhar ampliado dentro do seu contexto biopsicossocial). Além disso, este Projeto passou a integrar o Plano Institucional de Humanização.

O apoio matricial proposto com este projeto foi o de assegurar ao usuário acesso integral aos serviços de saúde em todas as complexidades do SUS, oportunizando a continuidade do cuidado após alta ambulatorial e/ou hospitalar, compartilhando as necessidades de saúde do usuário através de guias bem elaboradas de contra referência e articulações planejadas com a rede de saúde.

No atendimento ambulatorial, o projeto foi desenvolvido como forma de auxiliar a efetivação das altas, frente à percepção empírica da necessidade de capacitação e comprometimento da Atenção Básica (AB) na continuidade do cuidado; Já em relação ao serviço hospitalar, a falta de preparo da equipe municipal para receber o usuário após a alta (percebida nos contatos realizados com a rede durante internação do usuário) foi avaliada como um dos fatores de aumento na permanência hospitalar, superlotação de ambulatórios de retornos para seguimento multiprofissional e continuidade de cuidados.

Considerando o exposto, a importância da aproximação e articulação com os serviços que englobam todas as complexidades de atendimento SUS na região do Departamento Regional de Saúde (DRS) atendida foi necessária devido aos entraves (relatados informalmente pelos usuários) para continuidade do cuidado na origem após alta hospitalar e/ou ambulatorial. Esta integração junto aos municípios visa contribuir para que o atendimento de saúde ocorra de modo eficiente, auxiliando o processo de corresponsabilidade e planejamento conjunto, além de horizontalizar e integrar as relações entre serviços, unidades e profissionais de saúde.

Ressaltando o objetivo deste projeto, pode-se dizer que o matriciamento tem se apresentado como uma estratégia real na mudança do entendimento da saúde pública segmentada por complexidades de atenção para àquela em que é possível ampliar a visão do atendimento, considerar a importância de cada serviço na continuidade e contribuir para a efetivação dos direitos dos usuários (CAMPOS, 2012). Sob esta lógica, o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo sobre tal contexto somado a escuta pelas demandas emergenciais vindas da comunidade têm se tornado um recurso importante para a efetivação desta mudança.

OBJETIVOS

GERAL: Relatar a experiência da aplicação do “*Projeto Integra Rede: quebrando barreiras e aproximando serviços*” no Hospital Estadual Américo Brasiliense e Ambulatório Médico de Especialidades.

ESPECÍFICOS:

- Refletir sobre os entraves na implantação do projeto no período de agosto 2017 a agosto 2018;
- Levantar questionamentos sobre a implantação e aplicabilidade do “*Projeto Integra Rede: quebrando barreiras e aproximando serviços*” no Hospital Estadual Américo Brasiliense e Ambulatório Médico de Especialidades.

MATERIAIS E MÉTODO

A tendência quando se abordam temas relacionados à saúde pública atual é identificar mecanismos/ estratégias para consertá-la, porém há a necessidade de, inicialmente, ver e ouvir o que nela se encontra, realizando uma *Produção de Redes*, a qual pode ser caracterizada como uma constante e deve ser valorizada e organizada de acordo com o existente em cada território de saúde.

Deste modo, considerando que o matriciamento pode ser definido como um re-arranjo organizacional e que para isso há a necessidade de se utilizar uma metodologia para aprimorar a gestão do trabalho em saúde, multiplicando as possibilidades de se realizar clínica ampliada e uma integração dialógica entre distintas especialidades e serviços, a equipe de referência deste projeto é composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, tanto na rede institucional quanto nos serviços municipais, em especial na rede de AB. Esta composição multiprofissional além de dar suporte, discutir e intervir conjuntamente, também objetiva capacitar os profissionais, em especial da AB, no cuidado à saúde, promovendo a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutiva das equipes de referência no manejo com os usuários (CAMPOS, 2007).

No atendimento ambulatorial, o projeto foi desenvolvido como forma de auxiliar a efetivação das altas, frente à percepção empírica da necessidade de capacitação e comprometimento da Atenção Básica (AB) na continuidade do cuidado; Já em relação ao serviço hospitalar, a falta de preparo da equipe municipal para receber o usuário após a alta

(percebida nos contatos realizados com a rede durante internação do usuário) foi avaliada como um dos fatores de aumento na permanência hospitalar, superlotação de ambulatórios de retornos para seguimento multiprofissional e continuidade de cuidados.

Considerando o exposto, a importância da aproximação e articulação com os serviços que englobam todas as complexidades de atendimento SUS na região do Departamento Regional de Saúde (DRS) atendida foi necessária devido aos entraves (relatados informalmente pelos usuários) para continuidade do cuidado na origem após alta hospitalar e/ou ambulatorial. Esta integração junto aos municípios visa contribuir para que o atendimento de saúde ocorra de modo eficiente, auxiliando o processo de corresponsabilidade e planejamento conjunto, além de horizontalizar e integrar as relações entre serviços, unidades e profissionais de saúde.

Este projeto foi iniciado em 2017 e subdividido em várias frentes de intervenção, a fim de deliberar sob as necessidades de saúde da região e de ambos os serviços. Estas podem ser detalhadas como:

- Reunião com os gestores municipais;
- Mapeamento dos serviços existentes na rede municipal;
- Encontros de Educação Continuada;
- Reuniões com responsáveis/equipes de saúde de municípios específicos;
- Oferta de participação dos profissionais da rede nos grupos de orientação realizados aos usuários e rede de suporte social durante o período de internação;
- Matriciamento dos casos de alta ambulatorial e hospitalar.

Este último, considerado como a ação prioritária institucionalmente, pode ser justificado, como dito acima, devido ao baixo índice de altas ambulatoriais e de internação, devido a super valorização da cultura do especialista e a falta de preparo da equipe multiprofissional em receber o usuário após a alta, além da necessidade de amadurecimento do conceito de continuidade/transição do cuidado na própria Instituição.

Em julho de 2017 foram iniciadas as atividades do Projeto Integra Rede, sendo avaliada, inicialmente, a necessidade de se conhecer a rede de saúde oferecida por todos os municípios que compõe o escopo assistencial, para só então, iniciar as medidas interventivas. Deste

modo, todos os gestores e trabalhadores de áreas estratégicas dos municípios foram convidados, através de ofício próprio, a comparecerem em reuniões propostas e organizadas, inicialmente, por região¹, sendo o encontro das regiões Centro Oeste e Norte realizados no mês de setembro, região Coração em outubro e Central em novembro/2017. O DRS de referência também foi convidado a participar de todas as etapas, sendo considerado o ponto central de apoio para a realização deste projeto.

Durante estes encontros, foi apresentado o projeto, seus objetivos, e a importância/necessidade do trabalho conjunto entre as diversas complexidades de atendimento, e aberto espaço para discussão e sugestões, como modo de oportunizar uma aproximação entre AME/HEAB e os municípios. Durante esta etapa, foi disponibilizado um formulário próprio com perguntas abertas e objetivas, definidos pela equipe do HEAB/AME, cujo ponto central foi o de mapear os serviços de saúde e apoio existentes na rede de saúde de todos os municípios. Após o preenchimento pelos próprios gestores/colaboradores dos municípios sobre sua rede de suporte, foi elaborado um mapeamento dos serviços de saúde existentes, em tempo real, e apresentado durante os encontros. Após estes encontros por região, foi promovida no mês de dezembro/2017, uma macro reunião, envolvendo todos os 24 municípios, momento este em que foram apresentados os gráficos com o consolidado das informações preenchidas no questionário (especialidades médicas e não médicas oferecidas por cada município, serviços e complexidades existentes) e algumas informações relacionadas ao AME sobre a situação atual de cada município em relação ao absenteísmo e perda primária das vagas ofertadas pelo serviço ambulatorial, assim como, foram propostas melhorias e iniciado um diálogo mais próximo entre os serviços. Após as reuniões iniciais e a divulgação prévia sobre o projeto e seus objetivos, os próprios municípios definiram uma equipe e/ou profissional de referência para que as articulações de matriciamento fossem realizadas posteriormente.

Ao fim, acordos entre a Instituição e os gestores municipais foram efetivados, os quais culminaram, além das ações de matriciamento, na organização de encontros de educação

¹ Serão considerados os municípios abrangidos pelo DRS III, sendo estruturadas as regiões da seguinte forma: **CENTRO OESTE** (Borborema, Ibatinga, Itapólis, Nova Europa e Tabatinga)/ **NORTE** (Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina e Taquaritinga)/ **CENTRAL** (Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabiujú) e **CORAÇÃO** (Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos).

continuada com especialistas, cujo público alvo foram os profissionais atuantes na rede de AB. Tais reuniões foram organizadas mensalmente por temas sugeridos pelos próprios municípios durante os encontros iniciais, e ministrados pela equipe multiprofissional da Instituição, com cronograma previamente disponibilizado e início no primeiro semestre de 2018. Os temas abordados foram:

- Janeiro (urologia): Hiperplasia prostática benigna/ Rastreamento para detecção do câncer de próstata/ Litíase urinária;
- Fevereiro (neurologia): Cefaleia e AVC;
- Março (cardiologia): Hipertensão;
- Abril (endocrinologia): Diabetes;
- Maio: devido à paralisação nacional dos caminhoneiros não houve;
- Junho (equipe multiprofissional): Cuidados Paliativos.

Para o segundo semestre de 2018 a programação planejada foi:

- Agosto (infecologia): Protocolo de HIV no Ambulatório e o matriciamento;
- Setembro (hematologia): Investigação e tratamento de Anemias;
- Outubro (geriatria): O Cuidado ao Idoso: interligando serviços de saúde;
- Novembro (vascular e equipe de curativos): Curativos- Conceito, avaliação e formas de tratamento;
- Dezembro (cirurgia geral): Pós-operatório: cuidados e sinais de alerta.

Na última reunião do primeiro semestre os municípios foram convidados também a participar dos grupos de orientação realizados como medida de acolhimento e orientação aos usuários e rede de suporte social, em situações específicas para o pós-alta. Os grupos ofertados para participação foram: Grupo de Orientação sobre Terapia Nutricional Enteral (GOTNE); Grupo de Orientação aos Cuidadores do Programa de Reabilitação Neurológica (GOC-NEURO); Grupo de Orientação Multiprofissional em Diabetes Mellitus; Grupo de Organização do Cotidiano dos Acompanhantes (GOCA); Grupo Educativo Cardiorrespiratório (GEC) e Grupo de Orientação Multiprofissional em Anticoagulação Oral (ACO) - (GACO), sendo reforçado que a participação neste último é de extrema importância, visto que a ACO é de responsabilidade municipal.

Concomitante ao trabalho realizado com o público externo foi apresentado os mesmos dados estatísticos aos colaboradores internos através de grupos organizados especificamente,

ponderando o interesse pelo tema, bem como a importância da participação de áreas estratégicas, para discussão e realização do matriciamento com a rede de serviços externa.

Foi estabelecido cronograma dos encontros e definido modelo inicial para o início da ação de matriciamento com os municípios, bem como os critérios de elegibilidade dos casos de alta ambulatorial e de internação passíveis de contato prévio com a rede.

Para auxiliar neste trabalho foi ofertada aos gestores e colaboradores interessados uma oficina sobre matriciamento, coordenada por professora convidada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na qual se discutiu o conceito e prática desta ação na saúde pública, tendo a participação de 39 colaboradores. Além de tal organização, a equipe que passou a compor a rede interna de referência para o matriciamento, expôs a necessidade de estudos mais específicos sobre o tema de saúde pública no contexto geral, os quais foram incorporados como uma parte da reunião. Em meio a estas discussões foi avaliada internamente, a necessidade de qualificar o modelo de guia de contra referência existente atualmente na Instituição com a inclusão de informações mais descritivas do caso, além de divulgação do projeto, mais especificamente, à equipe médica. Como proposta de intervenção contínua, acordou-se que os indicadores trimestrais frente à taxa de retorno dos municípios sobre os casos seriam analisados.

Como dito anteriormente a proximidade com o DRS III foi de extrema importância, pois através desta promoveram-se reuniões com as articuladoras de humanização da AB, e acordado sobre o apoio destas na realização do matriciamento junto aos municípios. Foi ainda realizado reunião com as responsáveis pela AB do município com maior número de atendimento na Instituição (Araraquara), como maneira de aproximação do serviço. Além disso, inseriu-se o tema do projeto nas discussões do Fórum de Regulação com o DRS, onde também há participação dos municípios.

RESULTADOS ESPERADOS

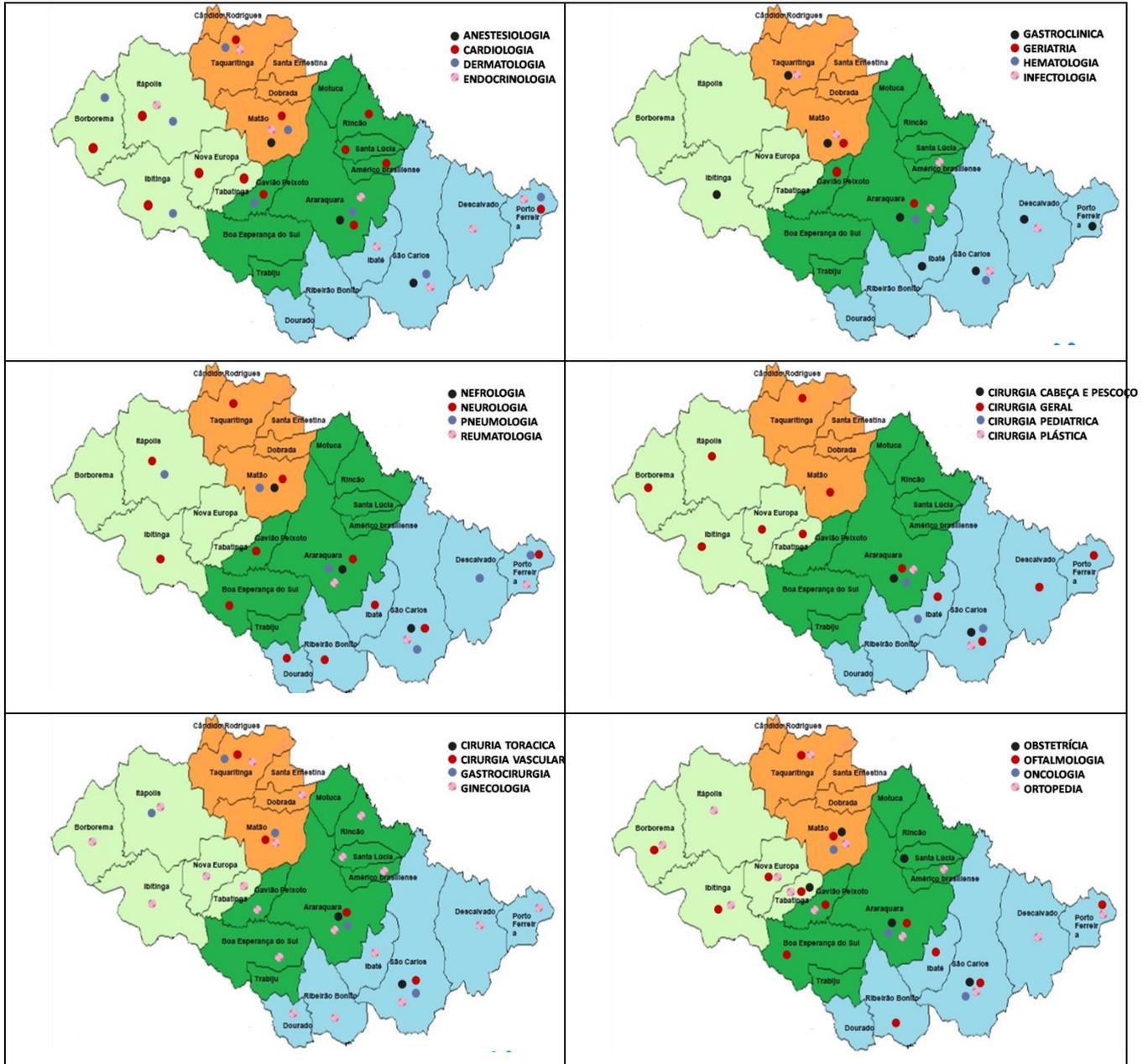
Com o início deste projeto, observou-se que além da sua contribuição nos processos interventivos para a continuidade do cuidado do usuário na rede, houve maior horizontalidade nas ações.

O primeiro levantamento organizado através deste projeto foi conhecer os serviços existentes em cada município que compõem a regional. Tal informação contribuiu para que os encaminhamentos e articulações geradas com o matriciamento fossem mais adequadas em seu

direcionamento, e que os usuários pudessem ser melhor orientados, auxiliando no empoderamento e participação dos mesmos na garantia de seu direito a continuidade da assistência a saúde pública.

As figuras abaixo traduzem o levantamento de dados realizados junto aos 24 municípios que compõe o DRS III, realizada entre agosto e novembro/2017.

FIGURA 1: Especialidades médicas por município



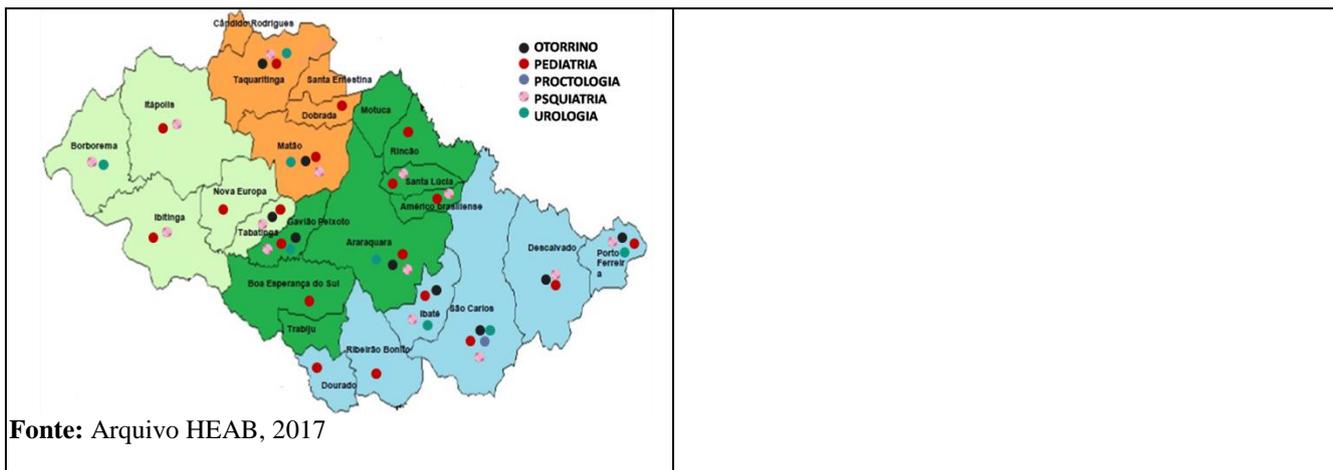
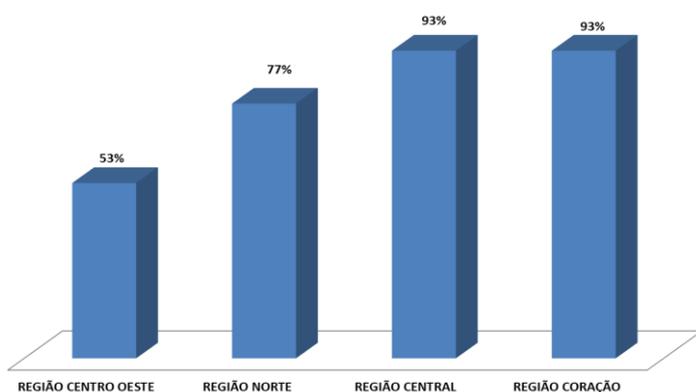


Figura 2 - Percentual referente à concentração de especialidades médicas por região

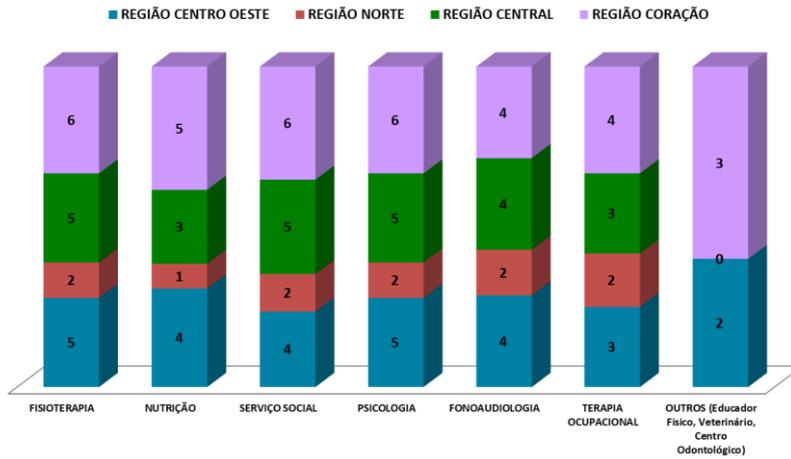


Fonte: Arquivo HEAB, 2017

Nota-se que há uma maior concentração de especialidades médicas nas regiões coração e central, as quais, cada uma, concentra 93% das especialidades médicas supracitadas. Enquanto a região norte compreende 77% e a região centro oeste 53%. Estes dados refletem a organização da rede de saúde, sendo que a concentração do maior número de especialidades médicas está nas regiões que comportam cidades de maior porte populacional.

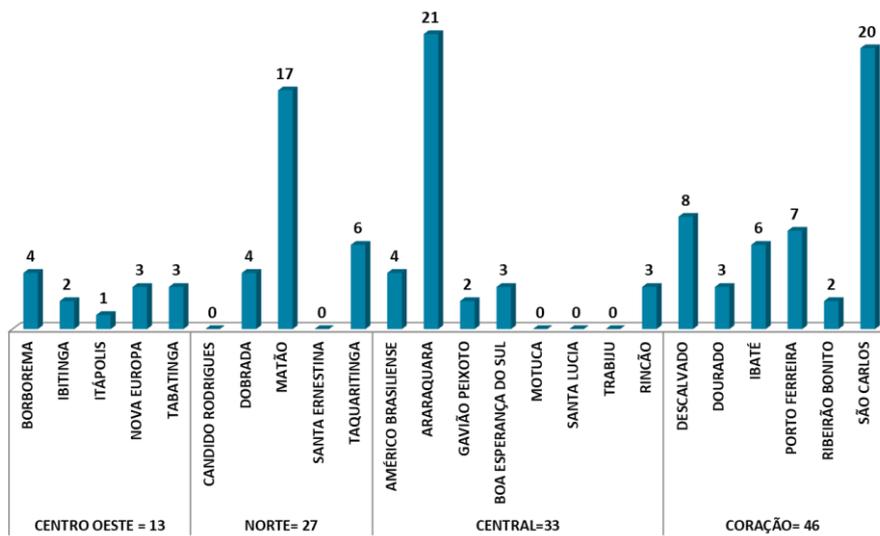
A tendência quando se discute sobre a saúde pública atual é identificar mecanismos/estratégias para ajustar as necessidades dos usuários, porém há necessidade de reconhecer os devidos territórios em suas diferentes formas organizativas, e foi nesse sentido que se apresentou as figuras acima. As diferentes ações organizadas por diferentes níveis tecnológicos e com complexidades distintas potencializam a integralidade do cuidado e a resolutividade da AP na consolidação do SUS.

FIGURA 3: Especialidades não médicas por região



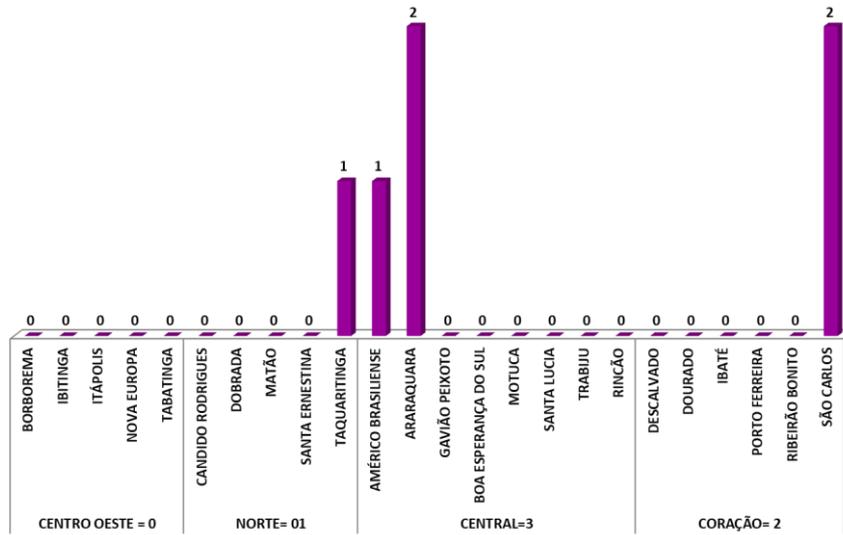
Fonte: Arquivo HEAB, 2017

FIGURA 4: Quantidade de PSF/ESF por município/ região



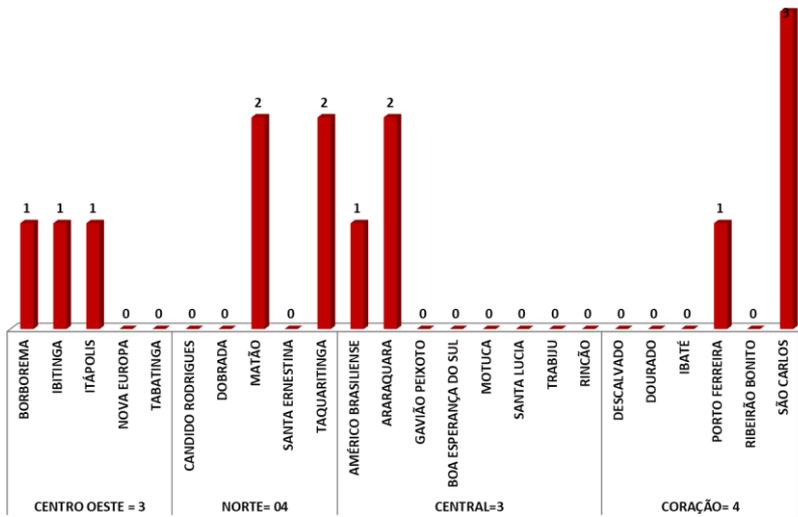
Fonte: Arquivo HEAB, 2017

FIGURA 5: Quantidade de SAD por município/região



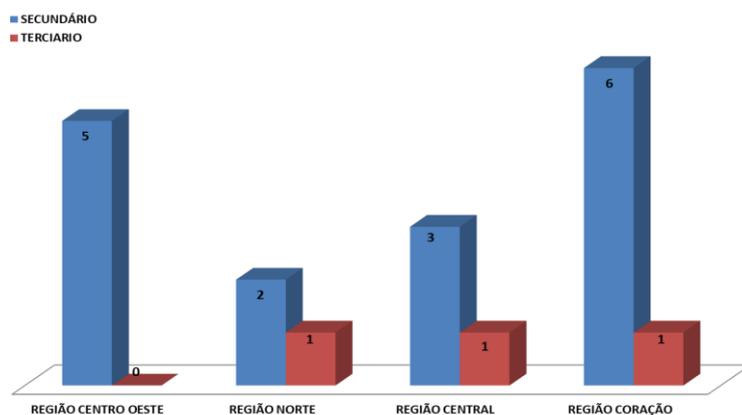
Fonte: Arquivo HEAB, 2017

FIGURA 6: Existência de CAPS por município/região



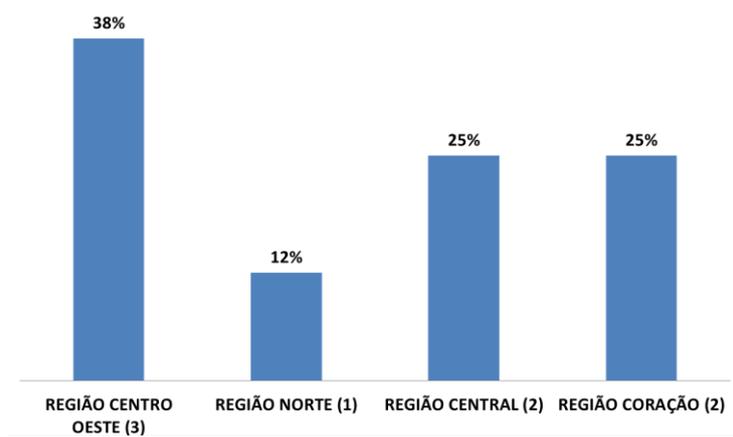
Fonte: Arquivo HEAB, 2017

FIGURA 7: Nível de atenção hospitalar por região



Fonte: Arquivo HEAB, 2017

FIGURA 8: Percentual de Ouvidoria por região



Fonte: Arquivo HEAB, 2017

Nota-se a fragilidade de serviços existentes na rede de atenção a saúde, bem como a falta de mecanismos que propiciem a participação dos usuários na reformulação e readequação da política pública de saúde, como as ouvidorias, por exemplo. Este levantamento auxiliou no reconhecimento da rede e na identificação das fragilidades e pontos positivos a serem trabalhados em conjunto.

Empiricamente, observou-se também, que as estratégias organizadas através do matriciamento, contribuíram na qualidade das altas hospitalares e ambulatoriais. Outro dado interessante foi o aprimoramento profissional compartilhado com a rede de saúde através dos encontros mensais, que contabilizaram uma média de participação de 60 profissionais por

mês, entre trabalhadores de diferentes especialidades (incluindo a equipe do HEAB/AME) e gestores de saúde.

Há ainda que salientar a importância do projeto na observação das dificuldades internas, como as de comunicação, compreensão sobre o papel das instituições no serviço de saúde regional e qualificação das guias de contra referência. Apesar dos pontos positivos que corroboram para a continuidade do projeto, foram encontradas dificuldades quanto à articulação e devolutiva dos municípios quanto ao matriciamento dos casos previamente selecionados, sendo avaliada a necessidade de aprimoramento constante e de educação continuada sobre o tema, visto o entendimento ainda incipiente sobre esta prática de saúde, tanto para os profissionais internos, quanto para os demais trabalhadores da saúde (da rede externa), gestores e usuários do SUS.

Apesar das dificuldades encontradas, a implantação deste projeto tem culminado, além das ações e dos resultados positivos já apresentados, na proposição de reflexões sobre o SUS e a importância do trabalho em rede, caracterizando um novo modo de se fazer saúde, o qual poderá ainda fortalecer a implantação e consolidação de outros projetos sobre o tema em outros níveis (regional e/ou estadual).

Avaliando sua completude, observa-se que este projeto culminou em mais desdobramentos positivos do que negativos, quando comparado ao seu escopo inicial de intervenção, uma vez que, além de terem surgido novas ações, o projeto têm ganhado visibilidade, fortalecido suas ações em âmbito institucional, contribuído na potencialização de alterações na subjetividade e na cultura entre equipe de saúde, gestão dos serviços e intensificado o processo educativo entre trabalhadores, gestores e usuários.

Contudo, destacamos que a intervenção de matriciamento que compõe o Projeto Integra Rede, devido a sua complexidade de organização e também por ser uma ação incipiente na regional de atuação, ainda possui fragilidades na sua execução, as quais têm sido identificadas e trabalhadas em conjunto com a equipe multiprofissional interna e sempre que possível junto à rede de AB e DRS.

Neste sentido, o projeto Integra Rede, surgiu com um viés interventivo para potencializar a integralidade do cuidado e a resolutividade da AB e também do SUS, contribuindo para o plano de cuidado e a integração de todos os serviços que compõe a rede de saúde disponibilizada aos mesmos usuários. Seu grande potencial reside, portanto, na abertura de diálogo pactuado com a rede, podendo atuar a partir do princípio de dimensão, ou

seja, validando até mesmo as pequenas intervenções realizadas, reconhecendo as diferenças que os deslocamentos produzidos por estas provocaram na lógica de produção de saúde.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma de Execução do Projeto							
Atividades (Etapas) / mês	1	2	3	4	5	6	7
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X			
Coleta de dados		X	X	X			
Organização e análise dos dados coletados					X	X	
Elaboração de artigo científico					X	X	
Redação final e entrega							X

REFERENCIAS

- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 jul.2013
- _____. Senado Federal. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília-DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 16 jul.2013. 93
- _____. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso:** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 423, de 24 de junho de 2002.** Anexo controle, regulação e avaliação. Brasília, DF, 9 jul. 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: 2004a.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1998, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais n.1/92 a 52/2006 e pelas emendas constitucionais de revisão n. 1 a 6/94. Brasília, DF: Senado Federal: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. 448p.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.** 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p.
- CAMPOS. G.W.S. **Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012
- MENDES, E. V.. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- CECILIO, L.C.O. et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2893-2902, 2012.
- GIOVANELLA, Lígia (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1110p.
- NOGUEIRA, V.M.R, Mioto RCT. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais.** In: Mota AE, Bravo MIS, Uchôa R, et al. Serviço Social e Saúde – Formação e trabalho profissional. São Paulo (SP): Cortez; 2007:218-41.
- NORONHA, J.C; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. **O Sistema Único de Saúde.** IN: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver.e amp.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1110p
- SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção Ambulatorial Especializada.** IN: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver.e amp.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 1110p

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Núcleo Técnico de Humanização. **Política Estadual de Humanização (PEH)**. São Paulo, 2012a.

STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. Oxford University Press, Inc.; 1998:19-47. Cap. 1.

WEBER, L.A.F.; LIMA, M.A.D; ACOSTA, A.M. et al. **Transição do Cuidado do Hospital Para o Domicílio: Revisão Integrativa**. Cogitare Enferm. (22), 2017.