

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no
município de São Bernardo do Campo - SP.**

JULIANA BONELLI RODRIGUES

São Paulo – SP

2018

O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo - SP.

Juliana Bonelli Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo

2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo - SP.

JULIANA BONELLI RODRIGUES

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Lauro Cesar Ibanhes

São Paulo – SP

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Rodrigues, Juliana Bonelli

O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no Município de São Bernardo do Campo – SP/ Juliana Bonelli Rodrigues, São Paulo, 2018.

164p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador: Dr. Lauro César Ibanhes

1. Acolhimento 2. Atenção Básica 3. São Bernardo do Campo 4. Sistema Único de Saúde.

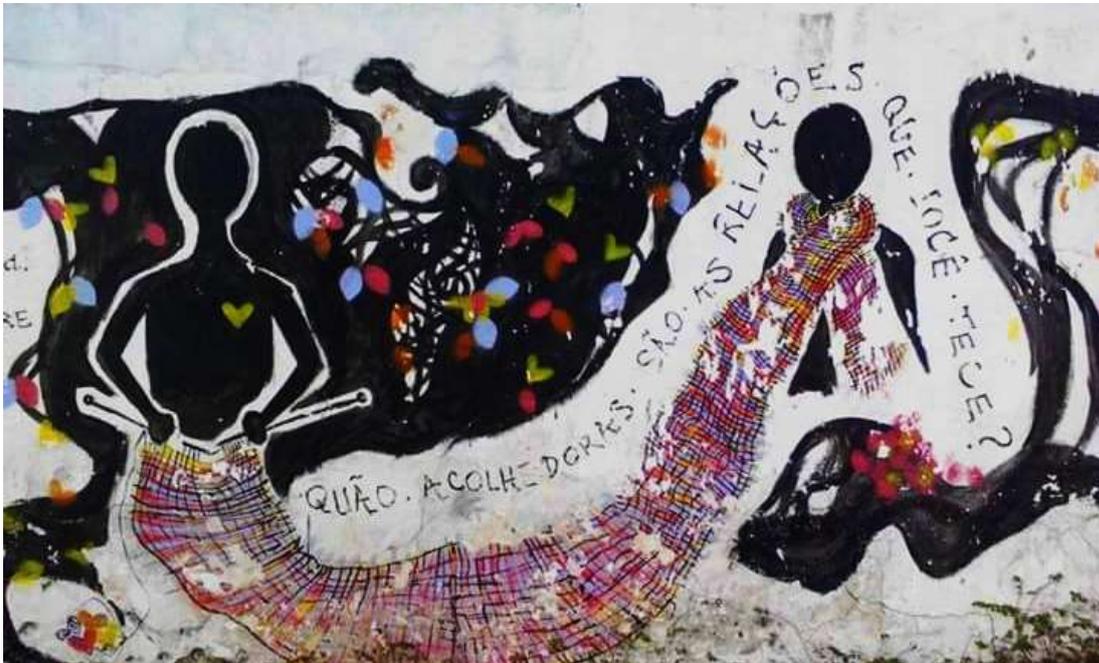


Imagem de um muro compartilhada em rede social (autoria desconhecida).

Ofereço este trabalho a todos
os trabalhadores do SUS.

Que a escuta qualificada seja sempre a principal
“ferramenta” para a produção do cuidado.

*“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra alma humana”*
(Carl Jung)

AGRADECIMENTOS

A Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo: aos gestores pelo incentivo e liberdade à pesquisa; aos trabalhadores, principalmente aos coordenadores de UBS, pelo acolhimento e participação na pesquisa; e à querida equipe de trabalho do Departamento de Apoio à Gestão do SUS, especialmente aos parceiros da Seção de Informação para a Gestão - Angela e Sandra, obrigada pela amizade, confiança, aprendizado e generosidade, sempre.

Ao Instituto de Saúde: aos trabalhadores, sempre pacientes e dispostos - sem eles nada se realiza; aos professores, pela recepção, respeito e excelência na realização do curso – que privilégio compartilhar experiências e aprender com quem viveu, lutou e construiu – e constrói – um SUS marcado por justiça social.

À Professora Ausonia, em especial, por ensinar, de maneira sublime, não apenas sobre Comunicação, Educação e Pedagogia, mas que é a sensibilidade, a humildade, a generosidade e o respeito que movem às mais belas e gratificantes relações. Obrigada pelos abraços acolhedores em cada encontro.

Ao querido Jorge Harada, exemplo de gestão no SUS, por compartilhar, ouvir, discutir e elaborar, com sabedoria e humildade, olhares, saberes e práticas numa contribuição ímpar ao processo de consolidação do SUS. Que a incomparável gargalhada continue sendo reconhecida como a presença de alguém especial, lembrado pelo carisma que provoca onde passa.

Ao Fabio, por me convencer e incentivar a realizar o mestrado.

Ao Ricardo, amigo e companheiro fiel de mestrado. Obrigada pela parceira, conversas, ideias e tantas risadas; pelas manhãs de mistos quentes na padaria; pelas músicas durante as caronas e a tentativa, sem sucesso, de me fazer ouvir o som de cada instrumento presente nelas. Que a música continue o alimentando para a Vida.

Aos meus pais, João e Roseli, e irmãos, João Luiz e Joice, minha base e fonte de amor, carinho, cumplicidade e motivação para tudo que me proponho a fazer.

Ao meu sobrinho Murilo, por transformar meus momentos de angústia e ansiedade em calma, alegria e satisfação plena.

Aos amigos sempre presentes: Camila, Lessandra, Priscila, Juliana, Lan, Barbara, Quel, Carol, Lissandra, Daniel, Amanda, Bruno...O que seria de mim sem os encontros recheados de carinho, alegria e cumplicidade. Carrego em mim o melhor de cada um de vocês, para toda a minha vida.

Aos colegas mestrandos, pela energia, troca, apoio, abraços, botecos...que mistura boa!

Ao principal companheiro nessa caminhada do mestrado, meu Orientador. Após quase dois anos de convivência afirmo, indubitavelmente, que foi uma caminhada alimentada por escuta, troca, honestidade e muito respeito. Saio desta relação orientador-orientanda profundamente agradecida e transformada. Foi um privilégio conviver com uma pessoa com tamanha humildade, generosidade e sapiência.

Enfim, a todos que me apoiaram na realização deste trabalho, muito obrigada!

RESUMO

Rodrigues, JB. **O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo - SP.** [Dissertação]. Instituto de Saúde. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/CRH. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2017.

Introdução e Justificativa: A Constituição Federal de 1988 estabelece saúde como direito do cidadão e dever do Estado e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos afirmam a importância da Atenção Primária à Saúde como estruturante de sistemas universais e no Brasil a Política Nacional de Atenção Básica a considera como ordenadora das redes de serviços. Em São Bernardo do Campo - SP, no período 2009-2016, a gestão investiu significativamente na Atenção Básica (AB), com a implementação de uma nova Política Municipal, contratação de profissionais e ampliação da Estratégia Saúde da Família, na busca da mudança do modelo de atenção, bem como na reestruturação física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fundamental ao propiciar ambiência e local apropriado para uma escuta qualificada com classificação de risco. **Objetivo:** Analisar avanços e desafios do acolhimento como dispositivo reorientador da atenção e da gestão do cuidado na produção em saúde segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) visando à efetivação da AB e a consolidação do SUS. **Metodologia:** Abordagem qualitativa por meio de Estudo de Caso. A coleta de dados foi realizada com fontes primárias e secundárias. Foram elaborados questionários e roteiros de entrevistas semiestruturadas para coordenadores das UBS e gestores nível central. Como fontes secundárias foram analisadas base de dados e sistemas de informação, documentação e revisão bibliográfica. **Resultados e Discussão:** Ações e estratégias da gestão elaboradas e implementadas num processo de Cogestão e na lógica de Educação Permanente (EP) possibilitaram reflexões e iniciativas das equipes de saúde nos arranjos para o acolhimento, assim como na elaboração de protocolos e instrumentos de registro dos dados a fim de qualificar o atendimento e o apoio no planejamento das ações. A ampliação e qualificação das ofertas para além das consultas médicas confirmaram o envolvimento da equipe multiprofissional reforçando a clínica ampliada. Os dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) confirmaram a ampliação da participação dos usuários nas atividades em grupo e nos atendimentos realizados pelos diversos profissionais, o que revela o resultado dos esforços para a mudança no modelo de atenção. O crescente aumento de usuários cadastrados nos SIS, a participação nas diversas ofertas dos serviços e a queda no absenteísmo indicam a criação e fortalecimento de vínculos entre sujeitos e a concretização dos princípios da AB. Na percepção dos coordenadores, o acolhimento e as equipes demonstraram capacidade

resolutiva, com diminuição do tempo de resposta para os casos atendidos em demanda espontânea. Destacam-se as ações no âmbito da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, em especial com o Comitê Municipal de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna, que resultaram na melhoria dos indicadores, principalmente redução significativa da mortalidade infantil. No entanto, considerando que as necessidades de saúde requerem outros níveis de atenção, o estudo revelou fragilidade na articulação da rede de saúde. Apesar das diversas iniciativas – encontros de EP nos territórios, estratégia de apoiadores, matriciamento, dentre outras – há a necessidade de reforçar a integração dos serviços. A informatização de toda a rede fomentou a elaboração e utilização, pelos gestores e trabalhadores, de instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação das ações. No entanto, diversos desafios precisam ser enfrentados. No que tange ao profissional, depara-se com a formação - voltada às especialidades -, o vínculo e a contratação e a sua concepção de saúde e do próprio acolhimento – e os novos modos de fazer. Quanto aos usuários, revela-se demanda crescente por atendimento e migração de pessoas de outros territórios, inclusive outros municípios. Quanto à compreensão do acolhimento é preciso reforçar os canais de diálogo e participação ampliando a discussão e concepção sobre demanda e necessidade de saúde. Faz-se necessário intensificar as estratégias para qualificar e consolidar uma rede articulada, fortalecendo a AB como coordenadora do cuidado, assim como ações de valorização do trabalhador, na perspectiva de criação de planos de cargo, carreiras e salários, possibilitando melhores vínculos e fixação dos profissionais, o que implica em aspectos macro políticos relativos ao regime jurídico e regulação da força de trabalho. **Conclusão:** O presente estudo evidenciou esforços significativos da gestão e das equipes de saúde na implementação do acolhimento nas UBS o que possibilitou a qualificação da atenção por meio de ações e iniciativas que buscaram situar o usuário e suas necessidades de saúde no centro do atendimento. Reforçando a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, mudam-se as práticas e a maneira de atender nos serviços de saúde ao se alterar a organização do processo de trabalho. O acolhimento como dispositivo associado se apresenta capaz de contribuir na mudança do modelo de atenção em saúde no marco da AB e na consolidação do próprio SUS. **Potencial de aplicabilidade:** Por meio da discussão e socialização dos resultados para a comunidade técnico-científica e gestores a fim de contribuir em mudanças na organização dos serviços e nos processos de trabalho.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Básica, São Bernardo do Campo, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Rodrigues, JB. **The User Embrace in Primary Health Care: challenges and advances in São Bernardo do Campo - SP.** [Dissertation]. Institute of Health. Professional Master's Program in Collective Health/CRH. São Paulo: State Secretariat of Health; 2017.

Introduction: The Federal Constitution of 1988 establishes health as a right of the citizen and duty of the State and created the Unified Health System (SUS). Studies confirm the importance of primary health care as a structural and universal health system. In Brazil, the National Primary Care Policy regards it as the originator of the service networks. In São Bernardo do Campo - SP, in 2009-2016, management invested significantly in Primary Health Care (AB), with the implementation of a new Municipal Policy work together with professionals and expansion of the Family Health Strategy (ESF), in the search for care model including the building Units Basics Health (UBS) reform, essential to provide ambience and appropriate place for a qualified listener with risk classification. **Objective:** To evaluate progress and challenges of the user embrace device such as reorienting of attention and care management health according to Policy National Humanization (PNH) in order to effect the AB and the consolidation of SUS. **Methodology:** Qualitative approach by means of Case Study. Data collection was performed with primary and secondary sources. Questionnaires and semi-structured interview scripts were prepared to apply to Coordinators of the UBS and Central Level Managers. Secondary sources were analyzed by database and information systems, documentation and bibliographic review. **Results and Discussion:** Management actions and strategies developed and implemented as a self-organizing process and in the logic of Permanent Education (EP) made possible the reflections and initiatives of the health teams in the arrangements for the reception, as well as in the elaboration of protocols and instruments for the registration of data in order to qualify service and support in the planning of their actions. The expansion and qualification of the offers besides the Physician/Medical Practitioner confirmed the involvement of the multiprofessional team reinforcing the extended clinic. Data from Health Information Systems (SIS) confirmed the expansion of user participation in group activities and care provided by different professionals, which shows the result of efforts to change the primary health care model. The growing number of users registered in the SIS, the participation in several service offers and a decrease in absenteeism indicate the creation and strengthening of bonds between individuals and the realization of AB principles. In the perception of the coordinators, the user embrace and the teams demonstrated resolving capacity, with a decrease in the response time for the cases attended in

spontaneous demand. The actions in prenatal, childbirth and birth care, especially with the Municipal Committee on Fetal, Infant and Maternal Mortality, resulted in the improvement of indicators, mainly a significant reduction in infant mortality. However, considering that health needs require other levels of attention, the study revealed fragility in the articulation of the health network. Despite the various initiatives - EP meetings in the territories, strategy of supporters, matrix organization, among others - there is a need to strengthen the integration of services. The informational of the entire network encouraged the development and use of tools for planning, monitoring and evaluating actions by managers and workers. However, a number of challenges need to be faced. To the professionals are concerned, they are faced with training - with a focus on specialties -, the linkage and contracting, and their conception of health and of the user embracement itself - and the new ways of doing it. As for users, there is a growing demand for care and migration of people from other territories, including other municipalities. With regard to understanding the reception, it is necessary to reinforce the channels of dialogue and participation by broadening the discussion and conception about health demand and need. It is necessary to intensify the strategies to qualify and consolidate an articulated network, strengthening the AB as a care coordinator, as well as actions of valorization of the worker, with the perspective of creating job plans, careers and salaries, enabling better links and professionals, which implies macro political aspects of the legal system and regulation of the labor force. **Conclusion:** The present study evidenced significant management and health team efforts in the implementation of the UBS care unit, which enabled the qualification of care through actions and initiatives that sought to place the user and their health needs at the center of care. Reinforcing the inseparability between management and attention, changes to the practices and the way to meet the health services to change the organization of the work process. The user embracement as an associated device is capable of contributing to the change of the health care model within the AB framework and the consolidation of the SUS. **Potential Applicability:** Through the discussion and socialization of results for the technical-scientific community and managers in order to contribute to changes in the organization of services and work processes.

Key words: User Embracement, Primary Health Care; São Bernardo do Campo; Unified Health System.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	20
1.1	O SUS E A GARANTIA DA CIDADANIA.....	20
1.2	ATENÇÃO BÁSICA E O MODELO DE ATENÇÃO NO SUS.....	24
1.3	SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO BÁSICA.....	30
1.4	PNH: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	31
1.5	ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTADO DA ARTE.....	33
1.6	ACOLHIMENTO EM SÃO BERNARDO DO CAMPO.....	37
2	JUSTIFICATIVA	41
3	OBJETIVOS	43
3.1	OBJETIVO GERAL.....	43
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
4	METODOLOGIA	44
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	44
4.2	A ESCOLHA DO CASO.....	47
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	51
4.4	COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1	ACOLHIMENTO: INICIATIVAS E IMPLANTAÇÃO.....	58
5.1.1	Perfil dos coordenadores.....	58
5.1.2	Ano de implantação.....	62
5.1.3	Arranjo organizativo.....	63
5.1.4	Iniciativas e instrumentos.....	65
5.1.4.1	Ambiência e infraestrutura.....	65
5.1.4.2	Capacitação.....	67
5.1.4.3	Protocolo interno.....	69
5.1.4.4	Instrumentos de registro.....	71
5.2	CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE, GESTÃO PARTICIPATIVA E DIREITOS DOS USUÁRIOS.....	74

5.3	ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES.....	79
5.3.1	Acesso.....	79
5.3.2	Longitudinalidade.....	81
5.3.3	Integralidade.....	86
5.3.4	Coordenação do cuidado.....	91
5.4	INFORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPRESSANDO AÇÕES E INICIATIVAS.....	96
5.4.1	Profissionais na Atenção Básica.....	99
5.4.2	Procedimentos realizados.....	101
5.4.3	Absenteísmo.....	110
5.4.4	Internações por causas sensíveis à Atenção Básica.....	110
5.4.5	Nascimentos na maternidade de referência.....	113
5.4.6	Mortalidade infantil.....	114
5.4.7	Exames de Mamografia e Papanicolau.....	116
5.4.8	Usuários cadastrados no sistema de gestão municipal - Hygia.....	117
5.5	ENTRAVES E AVANÇOS.....	120
5.5.1	A formação e inserção profissional e a reorientação dos processos de trabalho e organização do serviço.....	123
5.5.2	A rede de atenção e seu papel fundamental na continuidade do cuidado...	132
5.5.3	Usuários, territórios e territorialização: demandas crescentes, percursos e percalços no caminho do planejamento ao acesso universal.....	136
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
	ANEXO I - Questionário - Coordenadores de UBS.....	155
	ANEXO II - Roteiro entrevista - Gestão Central.....	160
	ANEXO III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão geográfica por bairros do município de São Bernardo do Campo/SP.....	48
Figura 2. Acolhimento sendo realizado por uma enfermeira em uma das UBS.....	64
Figura 3. Recepção de uma das UBS do município, após entrega da reforma, em março de 2012 (Observa-se na imagem a sala de acolhimento).....	67
Figura 4. Apresentação e Fluxograma do Acolhimento de Procedimento Operacional Padrão elaborado pela equipe de enfermagem de uma das UBS.....	70
Figura 5. Instrumentos de registro das demandas utilizados durante a realização do acolhimento em diferentes UBS.....	71
Figura 6. Material elaborado pela equipe de uma UBS para divulgação, no acolhimento, de atividades em grupo realizadas na unidade.....	88
Figura 7. Grupo “Horta em casa e vida saudável” realizado por uma enfermeira em uma das UBS.....	89
Figura 8. Atividade lúdica durante encontro de EP em um dos territórios, no qual se discutia o cuidado às pessoas em situação de rua e profissionais do sexo.....	93
Figura 9. Atividade do projeto “De Bem com a Vida” com equipe de uma UBS.....	104
Figura 10. Sala de atendimento em Saúde Bucal e escovódromo na UBS.....	107
Figura 11. Divisão dos Núcleos Territoriais da saúde em São Bernardo do Campo.....	137

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolução no número de Equipes de Saúde da Família em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.....	49
Gráfico 2. Evolução no número de Agentes Comunitários de Saúde em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.....	49
Gráfico 3. Evolução no número de Equipes de Saúde Bucal em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.....	50
Gráfico 4. Número de trabalhadores da rede básica de saúde de São Bernardo do Campo, nos anos de 2009 a 2016.....	50
Gráfico 5. Distribuição quanto ao tempo de atuação do coordenador na própria UBS (em anos).....	59
Gráfico 6. Distribuição quanto ao tempo de atuação do coordenador em cargos/funções de gestão (em anos).....	59
Gráfico 7. Distribuição dos cursos de graduação pelo número de coordenadores.....	60
Gráfico 8. Distribuição dos cursos de pós-graduação pelo número de coordenadores.....	61
Gráfico 9. Distribuição dos arranjos organizativos nas UBS.....	64
Gráfico 10. Distribuição quanto à avaliação das capacitações - QualiSUS-Rede.....	68
Gráfico 11. Distribuição dos dados coletados no acolhimento por frequência.....	72
Gráfico 12. Distribuição do grau de satisfação em relação aos espaços de gestão na implantação do acolhimento.....	76
Gráfico 13. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação à qualificação do acesso.....	80
Gráfico 14. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a contribuição para o vínculo ao serviço.....	82
Gráfico 15. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a ampliação na participação dos usuários nas atividades em grupo/coletivas e demais ações.....	83
Gráfico 16. Distribuição quanto frequência em que as equipes conhecem os usuários de sua área de abrangência.....	83
Gráfico 17. Distribuição quanto frequência do atendimento aos usuários, nas consultas agendadas, pelos profissionais da equipe de referência.....	85
Gráfico 18. Distribuição quanto à frequência da garantia de retorno dos usuários para continuidade do cuidado na UBS.....	85

Gráfico 19. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação à resolubilidade do acolhimento.....	87
Gráfico 20. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação ao impacto do acolhimento no cardápio de ofertas da UBS.....	87
Gráfico 21. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a participação da equipe multidisciplinar no cuidado ao usuário.....	90
Gráfico 22. Distribuição quanto ao grau de concordância no que se refere à resposta da articulação em rede às expectativas da Atenção Básica.....	92
Gráfico 23. Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos, no município de São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.....	115
Gráfico 24. Razão de exames de Papanicolaou e Mamografias nos anos de 2008 a 2016....	116
Gráfico 25. Número de pessoas cadastradas no sistema Hygia, em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.....	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição das avaliações quanto à adequação de fatores relacionados à ambiência nas UBS.....	66
Quadro 2. Evolução no quadro de profissionais nas UBS, nos anos de 2009 a 2016.....	100
Quadro 3. Número de procedimentos realizados pelos profissionais da AB nos anos de 2009 a 2016; recorte para atividades em grupo, consultas e acolhimento.....	102
Quadro 4. Número de atividades educativas/ orientações em grupo, por categoria profissional, nos anos de 2009 a 2016.....	103
Quadro 5. Número de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico e dentista), por categoria profissional, nos anos de 2009 a 2016.....	105
Quadro 6. Número de internações por causas sensíveis à AB, de residentes em São Bernardo do Campo, nos anos de 2009 a 2016.....	111
Quadro 7. Número de nascidos vivos de residentes em São Bernardo do Campo, segundo tipo de estabelecimento e ano de ocorrência, nos anos de 2009 a 2016.....	113
Quadro 8. Matriz de síntese dos resultados: correlação entre entraves e avanços para implantação do acolhimento e as categorias de conteúdo das “falas”.....	122
Quadro 9. Número de estabelecimentos públicos de saúde de gestão municipal, por tipo, em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 e 2016.....	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número e proporção de UBS segundo ano de implantação do Acolhimento.....62

Tabela 2. Percentual de absenteísmo nas UBS segundo ano de agendamento das consultas/
procedimentos.....110

APRESENTAÇÃO

Quem dera eu achasse um jeito
de fazer tudo perfeito,
feito a coisa fosse o projeto
e tudo já nascesse satisfeito
(Paulo Leminski)

Mas...

Não tinha as certezas científicas (...)
E gostasse mais de ensinar que a exuberância maior
está nos insetos do que nas paisagens(...)
Por isso ele podia conhecer todos os pássaros do mundo
pelo coração de seus cantos.
Estudara nos livros demais. Porém aprendia melhor no ver,
no ouvir, no pegar, no provar e no cheirar.
(Manoel de Barros)

Confesso que meus maiores aprendizados – e transformações - aconteceram quando eu mais estava disposta a ver, ouvir, provar, como escreveu o poeta Manoel de Barros. Ao brincar com as palavras, ele nos remete a subjetividade e grandiosidade - por meio das miudezas - da vida, do mundo, da natureza, das pessoas, lembrando-nos que tudo está em constante transformação.

Em relação a minha vida profissional posso dizer que começou a ser desenhada quando ingressei, em 2002, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Bernardo do Campo. Na ocasião a saúde pública não foi uma escolha, mas sim um acaso. Iniciei minhas atividades na área administrativa e não possuía formação alguma na área da saúde. Paulo Leminski diria que o “acaso é este encontro entre tempo e espaço”.

Fui designada, na ocasião, para prestar serviço junto a um setor que compunha a coordenação municipal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) – assim ainda conhecido no município na época -, além da coordenação de outros programas sociais, como o Bolsa Família.

Neste setor, conheci o trabalho dos enfermeiros do PACS, admirando a maneira como atuavam com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a comunidade, chamando-me a atenção para a autonomia que tinham na realização do trabalho. Mais do que isso, pela liberdade de atuar dentro e fora do espaço da UBS, criando espaços de interação com a população nas ações de cuidado em saúde. Aquele trabalho cheirava à VIDA.

Com o passar do tempo e o despertar crescente da curiosidade, do acaso nasceu uma profissão e a minha identificação com o Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, pelo jeito de fazer na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Em 2006, já cursando Enfermagem, passei por um processo de seleção e tive a oportunidade de atuar como coordenadora de Unidade Básica de Saúde (UBS), função que exerci durante três anos. A UBS era uma das quatro que atuavam com a ESF no município e contava com uma equipe de aproximadamente 50 funcionários. Não preciso dizer que foi meu primeiro e maior desafio na área da saúde.

A partir daí, minha paixão e meu compromisso com a saúde pública só aumentou e, desde então, venho buscando conhecimento para ampliar meus olhares e aprimorar meu trabalho no SUS.

Já trabalhando com Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no município, fui incumbida, em 2012, de coordenar a equipe que atuava com os SIS, função que exerço atualmente e que me proporciona um caminhar privilegiado pelos serviços – em especial na Atenção Básica (AB) - com o olhar a partir da gestão central.

Nesta caminhada, tive a oportunidade de acompanhar, a partir de 2009, grandes esforços e uma série de investimentos e iniciativas implementados na área da saúde no município.

O desafio de mudar o modelo de atenção através da reorganização da rede de serviços e da reorientação dos processos de trabalho fez com que a gestão se debruçasse sobre diversas tecnologias para o aprimoramento do cuidado, inovando na maneira de gerir o trabalho em saúde e o cuidado com a população.

Na AB, o projeto de expansão da ESF se efetivou a partir de 2010, quando o número de equipes passou de 21, em 2009, para 45 e o de ACS de 303 para 765. No mesmo ano, o município implantou 19 Equipes de Saúde Bucal (ESB), até então inexistentes nas UBS (SBC, 2011b).

Esses esforços fizeram com que em 2016 o município contasse com 135 equipes de saúde da família, 768 ACS e 83 ESB (SBC, 2017).

A valorização da clínica ampliada, através da atuação de uma equipe multidisciplinar, impôs uma mudança de postura dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, ampliando o olhar entre os diversos saberes e para um cuidado não mais apenas individual, mas coletivo.

Transformar as UBS na porta de entrada principal e ordenadora do cuidado da rede assistencial requer a disponibilidade para o acesso universal, onde todas as pessoas que procuram o serviço sejam atendidas e possam ter uma resposta para suas necessidades de

saúde imediatas, seja no momento do primeiro atendimento, seja por meio de algum encaminhamento necessário, utilizando um conjunto de atividades e/ou procedimentos, elaborados e ofertados pelas UBS a partir do reconhecimento das necessidades do território. Veremos, durante a pesquisa, que este conjunto de ações será chamado de “cardápio de ofertas”, denominado assim nos documentos da gestão.

Para prover assistência universal de forma cada vez mais resolutiva e integral a gestão decidiu pela implantação do acolhimento nas UBS, diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) e um dos dispositivos capazes de fortalecer o processo de trabalho das equipes de saúde da família, buscando a concretização das diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a efetivação dos princípios do SUS.

A partir da vivência profissional e o envolvimento em quinze anos atuando na SMS de São Bernardo do Campo e da oportunidade de acompanhar a inegável evolução da rede de atenção à saúde no município, surgiu o interesse em realizar o presente projeto de investigação.

Portando, a escolha pelo estudo da implantação do acolhimento se deu pela potencialidade deste importante dispositivo na reorganização dos serviços, dado que ele efetiva, concretamente, interações e inter-relações as mais diversas - entre equipes, agentes e saberes. Com isso, vem provocando reflexões e novas iniciativas relacionadas aos processos de trabalho, buscando mobilizar as equipes para qualificar o cuidado prestado nas UBS, de modo a avançar na consolidação do SUS.



Foto obtida no ano de 2007, com parte da equipe de Agentes Comunitários de Saúde da UBS Jardim das Orquídeas, após realização de atividade com a comunidade na sede da Sociedade Amigos de Bairro do território.

À equipe desta UBS que muito me ensinou e me encorajou a continuar a caminhada na Saúde Pública, acreditando que todo esforço pelo bem comum vale a pena, todo meu respeito, carinho e gratidão.

1 INTRODUÇÃO

Para que se possa compreender a proposta do acolhimento como diretriz e um importante dispositivo visando à reorganização dos serviços em busca de mudanças do modelo de atenção, será apresentado um breve contexto histórico do Sistema Único de Saúde – SUS, da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e da Política Nacional de Humanização – PNH.

Norteados por um conjunto de princípios e diretrizes garantidos constitucionalmente, o SUS traduz a mais avançada concepção de saúde – e de direito à saúde - e do papel do Estado na garantia desse direito na história das políticas públicas brasileiras. Ele incorpora e redesenha a estrutura político-institucional criando espaços, iniciativas e instrumentos na democratização e compartilhamento dos processos decisórios e de gestão do sistema de saúde.

1.1 O SUS E A GARANTIA CONSTITUCIONAL DA CIDADANIA

A luta por um Sistema de Saúde democrático, universal e descentralizado se iniciou nos anos 1970, com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual fortaleceu o princípio da participação comunitária na deliberação de políticas públicas do setor, resultando em 1988 na consolidação legal e normativa do SUS, com a nova Constituição Federal (COSEMS/SP, 2012).

Ganhando força nos Anos de 1980 no bojo da luta pela redemocratização do Brasil, o campo da saúde clamava e vivia uma série de reformas e de iniciativas na busca pela redefinição do sistema público de saúde. Técnicos, acadêmicos e movimentos populares se organizavam nesse sentido no denominado Movimento da Reforma Sanitária e um marco desse período foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em torno dos temas da saúde como direito de cidadania e da criação de um sistema nacional e público de saúde, levando a intensas articulações e debates até a aprovação da Constituição de 1988.

Mais do que isso, nos dizeres de FLEURY (2009) tratava-se da construção social de uma utopia democrática, pois o movimento que impulsionou a reforma sanitária brasileira colocou-se como projeto: *“a construção contra hegemônica de um novo patamar*

civilizatório”, o que implicaria em profundas mudanças cultural, política e institucional, capazes de viabilizar a saúde como um bem público.

Para a autora acima, os princípios que orientaram este processo foram: um princípio *ético-normativo* ao inserir a saúde como parte dos direitos humanos; um segundo princípio de ordem *científica*, pois compreende a determinação social do processo saúde doença; um terceiro princípio necessariamente *político*, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática. E um quarto princípio *sanitário* que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, prevenção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No contexto de busca de implantação de um estado de bem-estar social, a nova Constituição transformava a saúde em direito de cidadania, garantindo assistência gratuita e integral a toda a população.

Sendo assim, no processo da Assembleia Constituinte, a pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos conseguiu apoio parlamentar e impulso necessário para introduzir no "Título VIII - Da Ordem Social" o Capítulo II, especificamente Seguridade Social (BRASIL, 1988). Modalidade ampla de proteção social, seu conteúdo indica a clara orientação pelo bem-estar e pela justiça na sociedade, concretizados na conquista e exercício de benefícios, ações e serviços a todos os cidadãos de uma nação, incorporando elementos da previdência, saúde, assistência social e educação no âmbito dos direitos sociais – e não mais subsumida no aparelho previdenciário e restrito aos trabalhadores do setor formal urbano.

A Constituição Federal de 1988 institui em seu Art. 194 que Seguridade social compreende: “*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social*”.

Ainda na Carta Maior é visto, no Art. 196, que: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado*”, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Além do princípio da *universalidade* às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, no Art. 198 se estabelece que as ações e serviços públicos integrem uma rede *regionalizada e hierarquizada* e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas e a *participação da comunidade*.

A nova (atual) Constituição representou um marco significativo na redefinição do pacto federativo brasileiro, ressaltando-se dois pontos relevantes para a elaboração de políticas públicas: uma forte diretriz a favor da descentralização, com maior autonomia dos municípios, e um elenco de competências compartilhadas entre as três esferas de governo (FRANZESE, 2011).

Por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e a 8.142, de 1990, foi mais bem especificado as competências do SUS e os papéis de cada ente federado na atuação para a promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando os limites de seu território. Também se observou avanços com o reconhecimento do papel dos gestores na discussão e aprovação da política de saúde, do financiamento, e na descentralização das ações e serviços de saúde com a incorporação para tal do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o que foi fortalecido mais recentemente por meio da Lei 12.466 de 2011 (COSEMS/SP, 2013).

Vale destacar que a participação plena dos órgãos representativos acima citados nas respectivas Comissões Intergestoras veio ocorrer mais adiante, no bojo de muita luta, com a edição em 1993 da Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde, que criou a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de âmbito estadual e também a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de caráter nacional. Aliás, a edição de Normas Operacionais Básicas (NOB) nos Anos de 1990 – que tratavam principalmente das normas para o funcionamento e operacionalização do SUS – indicam aspectos técnico-operacionais em relação ao financiamento e controle social, a saber.

A NOB 01/91 definiu o repasse direto de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, redefinindo a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção que permanece em grande parte até hoje. Depois, a edição da NOB 01/93, criou critérios e categorias diferenciadas para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado - incipiente, parcial, semiplena - com critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros. Mais adiante foi editada a NOB 01/96, representou um avanço importante principalmente na consolidação da municipalização, revogando os modelos anteriores de gestão e propondo aos municípios dois novos tipos e respectivas habilitações: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Por fim, foi editada a Norma Operacional de Assistência em Saúde - NOAS/02, referida a este nível de atenção.

Portanto, a despeito de avanços observados, o caráter eminentemente técnico-processual e o esgotamento do padrão NOB foram compromissos assumidos pelos gestores do SUS que desembocou concretamente na elaboração do PACTO PELA SAÚDE 2006: “*com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS*”, conforme Portaria MS/GM Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Ministério da Saúde.

Tendo em vista o então contexto político mais arejado, cabe destacar aqui o avanço e a inflexão proporcionada na própria ideia de *pacto*, no sentido de construção coletiva, concertada, ao contrário da unilateralidade e verticalidade, de conteúdo basicamente técnico, até então trazido pelas NOB. E as prioridades, expressas em objetivos e metas, constariam no Termo de Compromisso de Gestão, detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, conforme Portaria MS/GM Nº 699, de 30 de março de 2006 - Ministério da Saúde.

Do ponto de vista do arcabouço jurídico-institucional, há que se destacar a emissão do Decreto 7.508, em 28 de junho de 2011, fundamental na consolidação da descentralização e principalmente da regionalização. Ele regulamenta a Lei 8.080/90 no que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento e à assistência à saúde e à articulação interfederativa. Traz importantes instrumentos de gestão, como Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde para atender à integralidade da assistência à saúde, cujo acesso se efetiva nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseado em critérios de referenciamento e baseados em normas, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. Também apresenta a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças e agravos no âmbito do SUS, além da noção de Mapa da Saúde e os equipamentos e serviços constantes no território. Por fim, institui o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) a fim de garantir os compromissos dos entes federados aos objetivos discutidos e consensuados em cada região de saúde, respeitando a diversidade federativa e com a segurança jurídica necessária.

É fundamental destacar que tanto o Pacto Pela Saúde/2006 como o Decreto 7.508/11 trazem explicitamente que a noção de *necessidade de saúde da população*, como orientadora do planejamento das ações e do Plano de Saúde, anual, e seu alinhamento com o Plano

Plurianual (PPA), que é o instrumento que materializa as políticas públicas traduzindo-as em Diretrizes, Programas, Ações e Metas a serem implementadas num período de quatro anos.

1.2 ATENÇÃO BÁSICA E O MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Apesar de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) apresentarem muitas vezes o mesmo sentido e utilizado como sinônimos, no Brasil adotou-se a designação Atenção Básica à saúde em documentos oficiais e no governo federal na denominação de sua Política Nacional. Esta posição, mais comumente sustentada, no processo de implementação do SUS, procura diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário baseando-se no argumento de que básico tem sentido amplo de essencial, primordial, fundamental, em oposição ao termo primário, cuja conotação seria mais restrita, rudimentar, muitas vezes com ações focalizadas (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

A criação do SUS no âmbito da Constituição Brasileira de 1988 apresentou o desafio da assistência universal e integral a saúde, entendida nos aspectos da promoção, prevenção, cura e recuperação, mas desde a sua criação, enfrenta-se a questão da organização da atenção à saúde a fim de atender à população ao buscar prover assistência integral e universal, de modo equitativo, descentralizado, regionalizado e participativo requer a formulação de ações e a organização do sistema a fim de responder aos desafios de modo inovador, a fim de garantir uma rede de atenção à saúde que atenda aos cidadãos em suas necessidades de cuidado.

No que tange à organização de sistemas de saúde universais e resolutivos, a relevância da APS na atenção à saúde das populações vem sendo particularmente enfatizada desde a Declaração de Alma-Ata, em 1978, durante a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, promovida pela OMS, que aprovou como meta de seus países membros a “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A Declaração reforça a atenção primária como chave para que a meta seja atingida, numa perspectiva de justiça social, e define cuidados primários de saúde como: “*Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis*” (OMS, 1978). Ela incorpora o princípio do alcance universal, tanto de indivíduos como famílias e comunidade com sua participação em sistemas locais. E a um custo que: “*a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu*

desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.(...)” Representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

No Brasil, os atributos da APS destacados pela médica estadunidense Bárbara Starfield vêm sendo utilizados em muitos estudos de políticas e sistemas de saúde comparativos como também em termos conceituais e operativos inclusive pelo MS, ainda que este adote oficialmente o termo Atenção Básica. São eles: *acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde* (porta de entrada principal); *longitudinalidade* (continuidade da atenção ao longo do tempo, reforçando vínculo entre usuários e profissionais); *integralidade* (ações e serviços disponíveis em todas as suas necessidades, dentro e fora da APS); e *coordenação do cuidado* (reconhecimento e integração do cuidado entre todos os serviços), caracterizados por *abordagem familiar e comunitária*, respeitando as características *culturais* (MS, 2010a).

Partindo desses atributos e abordagem, o MS ressalta que um sistema fundamentado na Atenção Básica se caracteriza por valores e princípios específicos, enfatizando a justiça social e equidade e aceitação de um conceito ampliado de saúde, abordando os determinantes sociais e políticos mais amplos e deixando no passado o enfoque centrado nas doenças (MS 2012).

No caminho para concretizar a APS na organização dos Sistemas de Saúde, o documento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/MS, 2007), reavalia os valores e princípios que inspiraram Alma-Ata, na perspectiva de atualização da proposta considerando as mudanças sociais, econômicas e culturais vividas nos países, com impacto significativo na saúde das populações. A publicação reforça a orientação a partir da atenção primária como a forma mais eficiente de se alcançar a equidade e melhorias sustentáveis, garantindo a cobertura e o acesso universal.

Diante disto, reforça-se o desafio de estabelecer um modelo de atenção à saúde diferente do enfoque hegemônico biomédico, centrado em ações curativas e individuais, ou seja, um modo de organizar as ações, tecnologias e serviços de forma sistêmica, para intervir sobre problemas e necessidades de saúde, individuais e coletivas, levando em conta as distintas realidades e transformando as práticas de saúde (PAIM, 2012).

No Brasil, adotando a proposta apresentada e defendida desde a década de 70, optou-se pelo modelo de saúde organizado a partir da AB. Este modelo deve, necessariamente,

operar na lógica de rede, isto é, integrando o conjunto dos demais serviços e níveis de cuidado, garantindo o acesso oportuno, integral e de qualidade a toda população.

A PNAB enfatiza os fundamentos e diretrizes da AB de possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção à saúde, seguindo a lógica da AB como ordenadora do sistema e pensando estratégias e ações para sua efetivação a fim de atingir aos objetivos e princípios do SUS (MS, 2012).

Como porta de entrada preferencial e com o desafio de atender a todos os usuários que procuram o serviço de saúde com alto grau de resolubilidade, a AB utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (MS, 2012).

Uma das diretrizes da PNAB diz respeito à coordenação da integralidade à saúde no cuidado com os usuários, enfatizando o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, no qual a articulação entre os profissionais possibilite ações compartilhadas, enriquecendo o campo comum de competências. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (MS, 2012).

Importante destacar o princípio da integralidade em suas várias perspectivas, conforme descrito por GIOVANELLA et al. (2002) apud PAIM in GIOVANELLA et al. (2012), ou seja: 1) Entendida como a integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, compondo níveis de atenção primária, secundária e terciária; 2) na forma de atuação profissional, nas dimensões - biológicas, psicológicas e sociais; 3) na garantia da continuidade do cuidado nos distintos níveis de atenção e entre serviços especializados e de média e alta complexidade; 4) e na articulação de políticas vinculadas a projetos de mudanças, mediante ação intersetorial.

Neste trabalho, e a partir das experiências e ações desenvolvidas em São Bernardo Campo entre 2009 a 2016, discutiremos a integralidade também a partir de aspectos tais como a ampliação do cardápio de ofertas e participação dos usuários nas diversas ações ofertadas pelos serviços e articulados com outros setores; atuação da equipe multiprofissional no cuidado com o usuário na realização do acolhimento, consultas, matriciamento, projetos

terapêuticos, dentre outras atividades; e articulação em rede, com acesso em tempo oportuno para continuidade do cuidado.

O desafio de efetivar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade e de viabilizar uma oferta de serviços de saúde que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância e, a nosso ver, centralidade a discussão sobre modelos de atenção à saúde.

Para que se possa avançar no processo de consolidação do SUS, é necessário partir de experiências exitosas que aproximem os modelos de atenção a um sistema público de saúde para a população, que atenda suas necessidades de saúde, constituindo uma rede integrada e condições de acesso (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Neste sentido, o Brasil se destaca com uma política específica para a AB. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, foi um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira (ESCOREL et al., 2007), que é o que veremos no próximo subcapítulo.

Demandas, problemas e necessidades de saúde

Tendo em vista que o acolhimento implica no contato, no ato da abertura e da possibilidade do encontro entre o usuário, o profissional e as equipes de saúde -, trazendo todo o contexto e as circunstâncias da política e do sistema de saúde local – ganha centralidade os temas das *demandas, problemas e necessidades de saúde*, e de quem os define e os nomeia.

Portanto, para seguir na apresentação desta pesquisa, importante realizar uma breve conceitualização – e distinção - dos termos que serão utilizados em muitos momentos no decorrer do trabalho. A intenção não é aprofundar a discussão sobre estes importantes temas, mas sim buscar aproximá-los ao leitor e à sua compreensão, dado que em inúmeras ocasiões eles aparecem no texto, às vezes de forma intercambiável, inclusive nas falas de nossos sujeitos.

Já na década de 1960 havia preocupação e interesse em especificar as nuances sobre os conceitos de demanda e de necessidade de saúde no contexto brasileiro, como vemos em CAMPOS (1969), que apresentou breve e importante discussão em uma época em que não havia um sistema de saúde público universal, mas se reconhecia o papel do Estado em ofertar um mínimo de serviços necessários para o desenvolvimento e bem-estar da população. À época, relacionou o bem-estar à percepção que a população tinha sobre sua necessidade e a

importância para sua satisfação e sobrevivência, considerando que “*elas se manifestam em tipos e graus diferentes de acordo com o modelo de organização social*”.

Em razão da limitação de recursos para satisfação dessas necessidades – múltiplas e crescentes -, o autor destaca a importância do esforço dos “técnicos” da saúde em identificar as reais necessidades de saúde – sentidas ou não sentidas -, social e historicamente determinadas, buscando “o estado de melhor adaptação do indivíduo ao meio em que ele vive”. Ainda, reforça a questão da demanda como algo a ser consumido, impulsionada por um mercado, numa relação que une o desejo de lucro do setor privado com a percepção deficiente por parte do usuário e que, portanto, não pode ser aceita como um indicador de necessidades de maneira isolada.

Neste sentido, CECÍLIO in PINHEIRO e MATTOS (2001), acentua que a demanda deve ser vista como o “*pedido explícito*” e muitas vezes é *modelada pela oferta* que os serviços fazem e, assim sendo, devem ser traduzidas em necessidades de saúde, as quais reforça o que destaca CAMPOS (1969) sobre sua determinação. Ao buscar conceituá-las, CECÍLIO in PINHEIRO e MATTOS (2001) as organiza em quatro grandes conjuntos, de forma que possibilite sua apropriação e implementação pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços, a seguir.

Num primeiro grupo, reúne a influência de fatores ambientais ou externos e o *meio em que os indivíduos vivem e se relacionam*, como o trabalho, a moradia, hábitos pessoais, traduzindo em necessidades de saúde que permitam “*boas condições de vida*”. Um segundo conjunto diz respeito ao acesso e *consumo das tecnologias* de saúde – leve, leve-dura e dura¹ – de acordo com a necessidade de cada um, buscando *melhorar e prolongar a vida*. Uma terceira concepção e de suma importância para o tema que nos propomos a discutir nesta pesquisa, é a relação de *vínculos afetivos entre usuários e profissionais/equipes*, de forma singular e contínua no encontro de subjetividades. O quarto e último conjunto refere-se à autonomia dos sujeitos no seu “*modo de andar a vida*”, reconstruindo os sentidos da vida na busca pela *satisfação de suas necessidades no sentido mais amplo possível*.

Os quatro conjuntos apresentados reforçam o imperativo da atuação e envolvimento de todas as equipes e serviços da rede de saúde, num trabalho solidário, na busca pela

¹ MERHY (2000) discorre sobre as referidas tecnologias de saúde em “*Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas*” ao discutir a produção do cuidado, no encontro entre médico e usuário, na micropolítica do trabalho vivo.

integralidade na atenção, considerando as múltiplas necessidades de saúde dos usuários e as múltiplas entradas e fluxos do sistema de saúde.

Tanto CAMPOS (1969) como CECÍLIO in PINHEIRO e MATTOS (2001) reconhecem e recomendam o uso da epidemiologia como instrumento de apoio à identificação de causas reais das necessidades de saúde e de grupos mais excluídos do acesso às riquezas produzidas pela sociedade e dos serviços de saúde.

Neste aspecto, apresentam-se os problemas de saúde pública, termo amplamente contextualizado nos textos de instituições, estudiosos e pesquisadores, mas que segundo COSTA e VICTORA (2006) deve ser utilizado resguardados os princípios básicos quanto a efetiva priorização de ações sanitárias. Na tentativa de encontrar uma definição para o tema, os autores apresentaram diversos aspectos que surgiram na pesquisa, conforme segue.

Os problemas de saúde pública aparecem nas seguintes perspectivas: doenças; causas de morbimortalidade; de acordo com extensão, severidade e significância; conforme interesse da comunidade, prevalência, gravidade e controle; de acordo com impacto no indivíduo e na sociedade – com enfoque no custo financeiro -; como potencial epidêmico; dentre outros.

Em nosso caso, tendo em vista os documentos oficiais norteadores do SUS como política pública, vemos que o Pacto pela Saúde Portaria 399/2006 destaca em vários tópicos de seu *corpus* que ele deve se dar com base: *“nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e equidade social”*.

Já o Decreto 7.508/2011 enfatiza suas ações e objetivos na: *“avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente”*, isto é, em critérios clínicos e epidemiológicos com vistas à equidade. Particularmente em relação à ação dos gestores ele dispõe que: *“o Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde”*.

Portanto, podemos destacar que a noção de problemas de saúde aparece geralmente com sentido macro no âmbito da gestão e da atenção, os quais, analisados em conjunto com as necessidades de saúde reconhecidas no encontro do usuário com o trabalhador/equipe -, ou seja, no micro – devem nortear as equipes e gestores para o adequado planejamento das ações em saúde, seja no âmbito do município/região, seja no âmbito dos serviços de saúde. Assim, neste trabalho é essa síntese que utilizaremos como idéia central em relação ao acolhimento.

1.3 SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo de atenção na AB, produzindo uma nova dinâmica de atuação nas UBS, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, concebeu-se, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), como um programa especial que centrava a AB em populações com maior risco e vulnerabilidade (ESCOREL et al., 2007).

A partir de 1999, a Saúde da Família deixou de ser um programa para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, reorganizando o processo de trabalho em saúde e se aproximando ainda mais dos atributos da APS dimensionados por Bárbara Starfield (ESCOREL et al., 2007).

A ESF tem enfoque na família e não apenas no indivíduo e busca a integração com a comunidade evitando ter como eixo apenas a intervenção médica. As UBS passam a atuar com equipe multiprofissional, assumindo o desafio do trabalho multidisciplinar, numa prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes (MS, 2003).

Assim, o estímulo à ESF e à sua adequada implementação passou a ser elemento fundamental para a consolidação do SUS. A articulação entre comunidade e serviços de saúde desenvolvida nesta estratégia reforça a participação popular, possibilitando a expressão das necessidades de saúde da população, sendo um marco de referência para o exercício do controle social como direito de cidadania (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2009).

Deste modo, a Saúde da Família tem se conformado como a principal estratégia do Ministério da Saúde impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS e expandindo-se em grande velocidade desde sua criação. Indicadores estratégicos de saúde demonstram que a ESF responde positivamente às necessidades da população onde se efetivou na reorientação da AB.

Para possibilitar a efetivação da ESF, a PNAB define como competência das Secretarias Municipais de Saúde a sua inserção como tática prioritária da reorganização da AB. No que se refere ao processo de trabalho das equipes, a política insere a realização de 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, proporcionando atendimento

humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (MS, 2012).

Neste sentido, toma-se aqui como referencial específico a Política Nacional de Humanização (PNH), que apresenta entre suas diretrizes e dispositivos, estratégias e possibilidades de atender às diversas características e desafios dos serviços tendo como base a humanização no atendimento por meio da reorganização dos serviços de saúde, como veremos a seguir.

1.4 PNH: O ACOLHIMENTO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Tendo em vista o enfoque na família e comunidade e o trabalho multidisciplinar no cuidado em saúde, a atuação das equipes deve ser pautada no vínculo e corresponsabilização com os usuários. Necessita, também, do reconhecimento das subjetividades no cuidado, não explicitadas e identificadas num primeiro encontro nos serviços de saúde.

Longe de querer aprofundar a extensa discussão sobre o conceito de saúde e doença², mas considerando a importância de reforçar a questão da subjetividade, há de se ponderar que nos diversos estudos que tratam destes conceitos fica evidente o imenso desafio atribuído aos profissionais e equipes de saúde para a realização do cuidado.

A associação de saúde com a ausência de doença ou com a normalidade das funções do organismo, ou mesmo o conceito de saúde definido pela OMS em 1948 como “estado de completo bem estar físico, mental e social” há muito não são utilizados, pois se entende que não exista um indivíduo, em suas mais diversas relações com o meio em que vive, escolhido ou não, que consiga permanecer nesta condição constantemente. Além disto, é impossível definir ou medir este sentimento de “bem estar” (CAPONI in CZERESNIA e FREITAS, 2003).

Portanto, diante da complexidade que é a vida, considera-se a possibilidade de sentir-se doente e poder se recuperar desta situação. No âmbito da saúde coletiva, em especial da AB, são as relações entre os sujeitos – usuários/família/comunidade e

² CAPONI in CZERESNIA e FREITAS (2003) discute o conceito de saúde no capítulo “A saúde como abertura ao risco”, trazendo autores como CANGUILHEM, BERLINGUER E DEJOURS para aprofundamento da discussão.

trabalhadores/equipes/serviços - que fortalecerão a capacidade de superar as adversidades que o meio nos impõe.

Reconhecer as subjetividades nos encontros com os usuários, seja no âmbito dos serviços de saúde ou no “caminhar” pelo território, demanda dos profissionais um olhar apurado sobre suas necessidades, compreendidas na dimensão dos determinantes sociais, portanto, um reconhecimento do território – tudo que dele é feito e nele acontece – e como ele pode influenciar na vida das pessoas.

Em resposta ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado e tendo em vista a apropriação do processo de trabalho pelo trabalhador, desenvolveu-se a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS, em 2003, de modo a qualificar o SUS e estabelecer, na prática, suas diretrizes.

A PNH busca produzir mudanças nos modos de gerir e construir, de forma compartilhada, planos de ação para promover e inovar os modos de fazer saúde e de cuidar. Seu caráter transversal reforça a importância da inclusão de todos os atores envolvidos na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, valorizando os vários saberes e produzindo saúde de forma corresponsável (MS, 2013c).

Apostando na indissociabilidade entre atenção e gestão, a PNH propõe o desafio de superar os limites e experimentar novas formas de organização dos serviços (MS, 2009a).

Para tanto, o acolhimento se destaca como diretriz da PNH pensada como forma de fortalecer o vínculo e corresponsabilização, o reconhecimento das subjetividades, o trabalho em equipe multiprofissional, a valorização dos diversos saberes, com a finalidade de qualificar o cuidado em saúde, reconhecendo as demandas dos usuários/comunidade e possibilitando maior resolubilidade na AB (MS, 2010b).

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridade a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade.

Neste sentido, o acolhimento apresenta-se como um dispositivo, organizando as filas de espera por atendimento e promovendo a equidade. O acolhimento com classificação de risco pressupõe a realização por uma equipe ou profissional de saúde capacitado para identificar situações que necessitem de intervenção imediata.

Importante ressaltar que o acolhimento à demanda espontânea em uma UBS diferencia-se do atendimento em uma unidade de pronto-atendimento, pois a AB trabalha em

equipe, tem conhecimento prévio da população, possui, na maior parte das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (MS, 2013b).

Portanto, o acolhimento não deve se restringir apenas a uma dimensão espacial, com recepção e ambiente confortável, muito menos como uma triagem, com repasse de encaminhamentos para serviços especializados, e sim ser articulado com outras propostas de trabalho.

Numa perspectiva comunicacional, TEIXEIRA R (2007) ressalta o acolhimento como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede técnico assistencial de um serviço de saúde, sendo a conversa substância principal do trabalho, onde os encontros entre trabalhador-usuário integram os diferentes saberes e permeiam os fluxos do cuidado em saúde. No espaço da UBS, o acolhimento tem o papel de tudo receber e interligar, conectando as conversas e “acolhendo” novas possíveis demandas que, eventualmente, “convidam” o usuário a frequentar outros espaços, a entreter outras conversas.

Para atender a proposta do acolhimento, as UBS devem se organizar para assegurar a acessibilidade e acolhimento a todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

1.5 ACOLHIMENTO E ATENÇÃO BÁSICA: ESTADO DA ARTE

Para analisar o processo de implantação do acolhimento em São Bernardo do Campo, é necessária uma aproximação com as políticas de saúde vigentes e com os estudos realizados sobre as diversas experiências com acolhimento.

Segundo a PNH, o acolhimento pode ser entendido tanto como diretriz, surgindo como uma tecnologia do encontro, com a construção de potentes redes de conversações, quanto como ação técnico-assistencial, quando possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção em saúde (MS, 2010b). O acolhimento com classificação de risco se apresenta como dispositivo capaz de garantir a equidade, atendendo com maior grau de prioridade aquele que mais necessita (MS, 2013b).

A PNH define acolher como o reconhecimento da demanda do outro como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento reforça a importância do vínculo e responsabilização entre equipes, trabalhadores e usuários e deve ser construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho. Desta forma, não pode ser reduzido a um espaço físico, recepção ou determinado profissional e, nesta relação (equipes/trabalhadores/usuários), deve-se identificar e elaborar as necessidades de saúde do usuário, negociando as ofertas, por vezes finitas e momentâneas.

O MS (2013a), em material de apoio a AB para implantação do acolhimento, destaca alguns sentidos que devem ser atribuídos ao acolhimento: 1) “como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso” – na perspectiva de incluir todas as pessoas que apresentam necessidades de saúde e não apenas de alguns grupos, como portadores de agravo prevalentes e/ou dos ciclos de vida; 2) “como postura, atitude e tecnologia de cuidado” – reforça a relação entre usuários e trabalhadores, com construção de vínculos, definindo projetos terapêuticos; 3) “como dispositivo de reorganização do processo de trabalho em equipe” – provoca mudanças na organização das equipes e nas práticas de cuidado, evitando enormes filas e que o acolhimento seja restrito a uma triagem; amplia e qualifica as ofertas a partir das necessidades de saúde da população; organiza as agendas dos profissionais; reforça atuação de equipe multidisciplinar por meio da clínica ampliada.

Diversos estudos sobre o acolhimento destacam suas dimensões e os desafios para sua implementação.

Antes mesmo do lançamento da PNH, FRANCO et al. (1999), ao abordarem a implantação do acolhimento na AB como diretriz operacional, no sentido de garantia de universalidade do acesso, ressaltam a capacidade de mudança radical do processo de trabalho, com atuação de equipe multiprofissional no centro da atividade do atendimento aos usuários, produzindo escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade.

O acolhimento, como fator de mudança, segundo FRANCO et al. (1999), é capaz de mobilizar, reacender e colocar em movimento segmentos importantes dos serviços de saúde, propondo-se a construção do novo, motivados com alternativa satisfatória de realização pessoal e coletiva, além de estabelecer adesão entre usuários e trabalhadores, particularmente. Na busca pela inversão do modelo técnico-assistencial, o acolhimento se apresenta como dispositivo capaz de associar o discurso da defesa do SUS a um arsenal técnico potente, possibilitando a reorganização e provocando mudanças estruturais na forma de gestão do serviço.

Em uma experiência com acolhimento coletivo, CAVALCANTE FILHO et al. (2009), discutem a partir da proposta de um espaço de encontro entre trabalhadores e usuários, tendo como objeto as necessidades de saúde destes. A abertura de um espaço público para negociação das necessidades de saúde traz à tona a lógica do usuário como central na discussão de um projeto terapêutico dialogado. Ressaltam a importância de que a necessidade defina o desenho das ofertas, e não o contrário, e que a responsabilização com o usuário oriente o processo de trabalho, e não outros interesses.

CAVALCANTE FILHO et al. (2009) reforçam a perspectiva que o acolhimento por equipe desonere os profissionais da enfermagem como únicos responsáveis pela primeira escuta do usuário, ampliando as potencialidades dos profissionais para o cuidado e retirando a centralidade das consultas médicas. Além disto, ressaltam o desafio da compreensão do acolhimento como um lugar de trocas e entendimentos, aproximando saber técnico e saber popular. A aproximação dos profissionais com os usuários, através da conversação, diminui as tensões e promove a integração, inovando na organização do processo de trabalho da equipe de saúde.

Para SCHOLZE et al. (2009), ao discutirem o acolhimento na AB na perspectiva da alienação em seu processo produtivo, advertem que o acolhimento pode ser exercido num formato de pronto atendimento caso o trabalhador também não seja acolhido e envolvido em todo o processo de organização do trabalho, inclusive participando das decisões. Logo, é preciso reconhecer, fortalecer e valorizar seu compromisso com o processo de produção em saúde, pois é a compreensão do acolhimento como um processo de construção conjunta, com a valorização dos diversos saberes e a negociação das ofertas de acordo com as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, que faz com que o acolhimento não seja entendido e executado apenas como uma triagem.

Na perspectiva do envolvimento entre trabalhadores e usuários, SCHOLZE et al. (2009) referem que, para que o acolhimento seja considerado um avanço como prática humanizadora, é necessária a interação entre os sujeitos numa rede de conversações. O princípio da alteridade é caracterizado, no aspecto subjetivo das relações entre profissional e usuário, pela produção de mudanças a partir da aprendizagem com o acolhimento, onde os profissionais acolhem o sujeito em seu sofrimento, responsabilizando-se por seus esforços em conjunto com o outro, diminuindo o sofrimento do trabalhador e sua alienação.

Em amplo estudo sobre o acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na AB, MITRE et al. (2012) colocam em discussão a potencialidade do acolhimento como uma

das diretrizes de maior relevância da PNH para operacionalização do SUS. As diversas publicações encontradas, no período de 1989 a 2009, abordam o tema em suas variadas dimensões, reforçando as discussões aqui apresentadas até o momento.

Seja como diretriz, ferramenta, estratégia ou arranjo tecnológico, o acolhimento traz à tona a reorganização do processo de trabalho, articulada com ações voltadas à universalização do acesso e qualificação do cuidado. Para tanto, MITRE et al. (2012) ressaltam a importância de ter profissionais capacitados e envolvidos na gestão e na produção do cuidado em saúde, evitando que o acolhimento seja realizado como uma triagem e reduzido a um espaço físico ou recepção e destacando-o, em suas diferentes configurações, como um processo em construção, capaz de mudar o modelo de atenção.

A necessidade de fortalecer as discussões acerca da compreensão do acolhimento como espaço relacional, de escuta qualificada, com encaminhamentos seguros é reforçada por PENNA, FARIA e REZENDE (2014) ao buscar caracterizar o acolhimento como estratégia para concretização do acesso e organização dos processos de cuidar na ESF. Para os autores, diferentes sentidos são atribuídos ao acolhimento, o que distancia de sua importância como postura comum a toda a equipe.

Neste sentido, um dos problemas evidenciados no estudo acima foi a realização, por profissional da enfermagem, do acolhimento com classificação de risco - assim denominado pelos profissionais - de forma tecnicista, como uma triagem por ordem de atendimento, desfavorecendo a promoção de vínculo entre profissional e usuário.

Alguns entraves para realização do acolhimento também são destacados no estudo, como longa espera para consultas, dificuldades na recepção dos usuários e na priorização dos atendimentos, reforçados pelos profissionais quando relatam problemas na estrutura física da Unidade - falta de privacidade -, alta rotatividade de profissionais, fragmentação da rede de serviços e incompreensão da população quanto ao objetivo do acolhimento.

Todos estes entraves, assim como a elevada demanda provocam sobrecarga e consequente insatisfação das equipes de saúde. Caso a lógica de produção do cuidado não seja alterada corre-se o risco de apenas se reproduzir o modelo assistencial biomédico e medicalizante. Para isto, destaca-se aqui, novamente, a importância do envolvimento de todos os sujeitos na reorganização do serviço, buscando a ampliação e qualificação das ofertas de cuidado aos usuários como forma de universalização do acesso, utilizando-se de espaços democráticos de discussão na micropolítica do encontro (SILVA, PONTES e SILVEIRA, 2012).

No contexto da integralidade, GOMES e PINHEIRO (2005) reconhecem o acolhimento como estratégia de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integradas, pois permite uma atuação integrada, compartilhada, respeitando os saberes das pessoas como compromisso ético das relações alicerçadas por responsabilidade, troca e confiança, podendo ser traduzidas em vínculo entre os sujeitos.

As autoras ressaltam o papel de agente transformador que deve ser assumido pelos profissionais, assegurando a participação da comunidade, criando vínculos efetivos e repensando as relações de poder existentes nas instituições de saúde entre profissionais, usuários e gestores. Desta forma, minimizam-se os desafios enfrentados pelas equipes, como a pressão da população, do poder público, a criminalidade, os medos e as tensões e regras impostas no trabalho, cenário de total oposição à cidadania e à democracia.

Portanto, o acolhimento oferece ampla possibilidade de efetivação das diretrizes operacionais da ESF, revelando mudanças no modelo assistencial (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Tanto a PNH quanto os diversos estudos sobre o acolhimento reforçam a importância das relações, com fortalecimento de vínculos entre os sujeitos, num processo democrático que garanta o envolvimento de usuários e trabalhadores, fortalecendo a participação coletiva.

O compromisso da inclusão e participação da população e dos trabalhadores na discussão e elaboração de diretrizes, estratégias e ações na área da saúde, num processo de cogestão, foi assumido pelo governo de São Bernardo do Campo no primeiro Plano Municipal de Saúde – 2010/2013 – como principal forma de sustentabilidade da saúde pública no município. Neste Plano, ressaltou-se o investimento em Humanização e em Controle e Participação Social como principais eixos da gestão (SBC, 2010a).

1.6 O ACOLHIMENTO EM SÃO BERNARDO DO CAMPO

Em São Bernardo do Campo, a partir de uma análise situacional da AB em 2009, verificou-se que o principal problema identificado foi o modelo de atenção focado nas urgências e especialidades, nomeado queixa-conduta, com baixo impacto na mudança dos perfis de morbimortalidade e na capacidade dos serviços de saúde de atuar na promoção e melhorar a qualidade de vida da população (SBC, 2010b)

Iniciou-se, então, uma discussão para conduzir a um modelo de cuidado, no âmbito da atenção e da gestão, que buscasse ampliar o vínculo entre trabalhadores e usuários e entre os serviços de saúde, bem como, a responsabilização pelo território, na perspectiva da produção de saúde e qualidade de vida. Para tanto, ocorreu a reformulação da Política Municipal da Atenção Básica, a partir da lógica e da organização das linhas de cuidado e do trabalho em rede.

Além da reorganização da política, fazia-se necessária a reforma e ampliação das UBS, além da construção de novas unidades. Assim, seria necessário investir na contratação e qualificação dos trabalhadores, investindo em ações de educação permanente. Foi iniciado, também, o processo de ampliação das equipes de saúde da família e de ACS, possibilitando maior cobertura e acesso aos serviços de saúde (SBC, 2011b).

Deste modo a gestão municipal começou a elaborar a nova política de atenção básica e gestão do cuidado de São Bernardo do Campo, amplamente discutida com os trabalhadores e comunidade e aprovada no Conselho Municipal de Saúde, ainda em 2009.

No Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 a gestão assumiu o compromisso de implementar novas diretrizes para a AB em São Bernardo do Campo. Dentre elas, destacavam-se, neste contexto, o trabalho multiprofissional, em equipe; a integralidade da atenção; atendimento da demanda espontânea; ações intersetoriais, de promoção e proteção em saúde, realizadas por toda a equipe; gestão participativa, por meio dos Conselhos Gestores Local; ofertas ampliadas por meio da inserção de novas práticas e saberes na rede básica; instituição de apoio clínico e matricial (fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, educador físico e especialidades médicas, conforme necessidade); fortalecimento do papel da Gerência de UBS (SBC, 2010a).

Dentre as atividades previstas nas ações de fortalecimento da Atenção Básica e Gestão do Cuidado, estavam a expansão das equipes, atingindo 100% de cobertura de ACS, readequação da estrutura física das UBS, expansão das ESB, construção e implantação de protocolos e desenvolvimento de projetos intersetoriais com educação, esporte, lazer e outros (SBC, 2010a).

A ampliação e valorização da ESF propiciou uma mudança efetiva no jeito de organizar e produzir o cuidado em saúde, permitindo a valorização da clínica de enfermagem em todos os níveis, a incorporação da saúde bucal, da saúde mental na atenção básica, do saber e da prática dos ACS. No tocante aos médicos, ao invés de centrar o cuidado na prática do especialista, passou-se a valorizar a prática clínica dos generalistas, produzida em equipe

interdisciplinar, explorando assim a expertise em torno da ESF (REIS et al. in SOUZA et al., 2014).

Seguindo o compromisso assumido no primeiro Plano Municipal de Saúde de trabalhar com a cogestão, investindo na Humanização e no Controle e Participação Social, as primeiras discussões sobre o tema se iniciaram em 2009, com a realização de uma Oficina sobre Acolhimento com a participação de 318 profissionais das UBS (SBC, 2010b).

Destaca-se, na reorganização da SMS, com a alteração da estrutura administrativa da prefeitura municipal em 2009, a criação das gerências de educação em saúde e do núcleo de humanização, concebidas para apoiar os processos de formação e qualificação para o SUS e a implantação da política de humanização em saúde, com vistas à reorientação do modelo de atenção à saúde.

Respeitando o caráter deliberativo, a implantação do acolhimento foi discutida com os Conselhos Gestores, apreciada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) e ocorreu como um dispositivo organizativo importante, contribuindo para a humanização e a integralidade da atenção prestada. Através dele, as equipes deveriam organizar seu processo de trabalho e ter disponível um cardápio de ofertas, para além das consultas médicas, que atendesse os usuários em suas necessidades (SBC, 2015).

Para a implantação do acolhimento, o município se baseou na PNH para a preparação das equipes – amplos procedimentos envolvendo os trabalhadores dos serviços de saúde e a elaboração, dentre outros, de Documentos Norteadores, relativos ao processo de trabalho na AB.

Uma importante iniciativa fomentada e elaborada regionalmente foi o Plano de Ação Regional de Educação Permanente “Acolhimento para a qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica” – motivado pelo compromisso assumido por meio do Projeto QualiSUS-Rede -, o qual teve como objetivo qualificar gestores e trabalhadores para a discussão e implementação do acolhimento nos serviços de saúde da AB. Iniciado em 2013, foi constituído em São Bernardo do Campo um Grupo de Trabalho de Acolhimento com a participação da gerência de humanização, dos gestores do DABGC e representantes de trabalhadores das UBS para o desenvolvimento de estratégias que qualificassem a implementação do dispositivo (SBC, 2014b).

Dentre as ações do grupo de trabalho, destacam-se:

- Acompanhamento do projeto em reuniões com o Colegiado de Gestão da Atenção Básica;
- Atividades de dispersão nas UBS articulando com as estratégias e desafios elencados no Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da AB (PMAQ-AB) - grande parte das UBS escolheu o acolhimento enquanto um desafio do programa;
- Envolvimento das referências da AB e dos apoiadores de rede³: planejamento das oficinas e realização de apoio matricial às equipes para qualificação do acolhimento;
- Oficinas municipais de acolhimento realizadas mensalmente para capilarização do projeto nas UBS, com ofertas formativas sobre o tema, apoio às dificuldades no processo e troca de experiências entre as unidades.
- Elaboração de planos de ação pelas equipes de saúde para qualificação do acolhimento nos serviços (SBS, 2014b).

O compromisso com o acolhimento na AB se manteve no Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, tendo como estratégia ações de educação permanente para a organização e atendimento da demanda espontânea, além de fortalecer ações para sensibilização de todos os profissionais no que tange a humanização no cuidado, de acordo com a PNH (SBC, 2014a).

Portanto, diante de todas as iniciativas e investimentos nos últimos anos (infraestrutura, contratação, formação, territorialização, dentre outras) na AB em São Bernardo do Campo e a necessidade de efetivar a ESF na reorganização do modelo de atenção, a pesquisa abordará a implantação do acolhimento como importante dispositivo da AB na ampliação do acesso, reorganizando os processos de trabalho das equipes e reorientando a atenção e a gestão do cuidado em saúde.

³ Referências da AB: dispositivo do DABGC que corresponsabiliza profissionais da gestão nos processos de reorganização do serviço. Cada referência é responsável por determinado nº de UBS do município (SBC, 2014).
Apoiadores de rede: profissionais de saúde de nível superior que atuam como articuladores de rede, realizando apoio matricial e institucional, aproximando os serviços de saúde e auxiliando na qualificação dos processos de trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que o acolhimento se constitui tanto como diretriz ético-estético-político como ação técnico-assistencial, vimos que muitos trabalhos sobre acolhimento ressaltam em sua abordagem a postura ética e o imperativo moral, de caráter humanista. Outra perspectiva destaca preponderantemente a implantação de procedimentos organizacionais relativos à triagem e à classificação de risco, visando à assistência. Um terceiro eixo centra sua análise nas relações entre sujeitos na produção do cuidado, isto é, no chamado protagonismo e no encontro usuário-serviço.

Todas essas – e muitas outras – leituras e possibilidades traduzem, evidentemente, necessidades imprescindíveis e fundamentais tanto à PNH como à PNAB na efetivação dos princípios e na consolidação do SUS.

Sendo assim, cremos necessário igualmente procurar verificar empiricamente aspectos da implantação, ou seja, um dispositivo associado capaz de:

- a) Promover a vinculação ao serviço, à equipe, ao cuidado e à gestão;
- b) Contribuir na corresponsabilização e na resposta do serviço, da equipe e dos profissionais em relação ao cuidado e à gestão;
- c) Reorganizar ações de saúde clínico-assistenciais centradas no procedimento ou no profissional para atuações transdisciplinares e integradas centradas no usuário e no território e
- d) Reorientar a lógica da organização do serviço na produção da saúde.

Considerando-se que em São Bernardo do Campo houve uma série de iniciativas desde 2009 – construção e reforma de unidades de saúde; contratação de pessoal; processos formativos; territorialização, informatização -, bem como a recorrência ao tema do acolhimento (Plano Municipal; Documento Norteador, etc.) como desafio e necessidade na estruturação e consolidação da AB em sua concepção mais ampla e a partir da vivência profissional, surgiu o interesse em realizar o presente projeto de investigação.

Questões disparadoras:

- No marco da PNAB, da ESF e da PNH, o acolhimento consegue enfatizar e efetivar os princípios do SUS? De que/quais modos?
- O acolhimento consegue demarcar e reforçar os atributos de resolubilidade da APS? De que/quais modos?
- O acolhimento consegue efetivar e contribuir em relação aos fundamentos e diretrizes da AB? De que/quais modos?
- Como o conjunto de iniciativas e ações realizadas em São Bernardo do Campo – construção e reforma de UBS, contratação de pessoal e ampliação da ESF, educação permanente, dentre outras – se expressam no acolhimento?
- Quais formas o acolhimento assume e/ou se configura em relação à equipe? E aos usuários? Na interseção entre sujeitos?
- Quais estratégias, instrumentos e mecanismos foram utilizados e/ou elaborados? De que/ quais formas (participativo - conselhos/usuários? normativo? por equipes ou profissionais específicos?)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar avanços e desafios do acolhimento como dispositivo reorientador da atenção e da gestão do cuidado na produção em saúde segundo os fundamentos da PNH visando à efetivação da AB e à consolidação do SUS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e descrever as ações e iniciativas (na atenção e na gestão) relativas à implementação do acolhimento.
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas realizadas nos serviços relativas ao acolhimento.
- Descrever e analisar fluxos, instrumentos e mecanismos elaborados ou utilizados nos processos associados ao acolhimento (na atenção e na gestão).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho tem como objeto de estudo o acolhimento no município de São Bernardo do Campo – SP entre 2009 a 2016. Trata-se de um estudo analítico e, considerando suas especificidades, escolheu-se a abordagem qualitativa na perspectiva da pesquisa social.

A pesquisa social, essencialmente qualitativa, considera o tempo e o espaço vivido pelas sociedades e suas configurações particulares. Estão presentes nas questões sociais, necessariamente, características como provisoriedade e dinamismo, levando-se em conta o embate constante entre a situação dada e a que está sendo construída, assim como a visão de mundo dos sujeitos envolvidos na investigação (MINAYO, 1994).

Ressalta a autora que “a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante, sendo que essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela”.

Segundo MINAYO (2010), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Sendo assim, (...) as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos.

Ainda de acordo com a autora acima, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, em um nível de realidade que não pode ser quantificado, dado que ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, que corresponde a: “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” MINAYO (2010).

Como decorrência, o procedimento metodológico adequado para buscar aproximações em relação ao acolhimento em São Bernardo de Campo é o estudo de caso “(...) na medida em que procura apreender múltiplas dimensões de um dado fenômeno ou evento social” (ALMEIDA, 2016).

De acordo com um reconhecido estudioso do tema, um estudo de caso é um inquérito empírico que “investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu conceito de vida real, especialmente quando as fronteiras entre fenômeno e contextos não são claramente evidentes” (YIN, 1994).

Portanto, isto justifica a escolha desta estratégia buscando aproximar a implantação do acolhimento em São Bernardo do Campo dado que “os estudos de caso tem um lugar distintivo na investigação de avaliação (...) havendo pelo menos cinco diferentes aplicações”, sendo a mais importante delas explicar os elos causais nas intervenções em aspectos da vida real que são demasiado complexas para as estratégias de vigilância ou experimentais:

“Em linguagem de avaliação, as explicações ligariam o programa de implementação com os efeitos do programa. Uma segunda aplicação é descrever uma intervenção e o contexto no qual ocorreu. Terceiro (...) podem ilustrar certos temas dentro de uma avaliação (...). Quarto, a estratégia pode ser usada para explorar situações nas quais a intervenção a ser avaliada não tem um único conjunto de resultados claros. Quinto, o estudo do caso pode ser uma meta-avaliação, isto é, um estudo sobre estudos de avaliação” (YIN, 1994).

Sendo o propósito desta pesquisa elucidar questões relacionadas aos modos como o acolhimento - seja como diretriz seja como dispositivo - foi implantado, como se desenvolveu e possíveis impactos resultados no âmbito da AB, de acordo com o autor acima citado, mais explanatórias e passíveis de conduzir ao uso de estudos de caso, histórias, e experiências como as estratégias de investigação preferidas, “isto é porque tais questões lidam com elos operacionais, necessitando serem localizados ao longo do tempo, mais do que meras frequências ou incidências” (YIN, 1994).

Ainda de acordo com esse autor, reconhecendo-se que os fenômenos e os contextos não são sempre distinguíveis nas situações e contextos de vida real, um conjunto completo de outras características técnicas, incluindo a recolha de dados e as estratégias de recolha de dados. O desenho do estudo do caso leva em conta uma situação “(...) tecnicamente distintiva na qual haverá muitas mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e como resultado e depende de múltiplas fontes de provas, com os dados a necessitarem convergir num modo triangular” (YIN, 1994).

Em suma, segundo este autor o estudo do caso como uma estratégia de investigação compreende um método coerente com a lógica de plano, incorporando abordagens específicas da coleta ou da análise de dados, e nem apenas uma característica singular, mas sim uma

estratégia de investigação compreensiva e inter-relacional, no caso deste estudo cotejando dados primários da aplicação de questionários aos coordenadores das UBS com dados secundários produzidos pelos sistemas de informação em saúde.

Assim é que, ainda que afirme não haver relação de hierarquia e nem mesmo um *continuum* entre o "qualitativo-quantitativo", em que o primeiro termo seria o lugar da "intuição", da exploração ou do "subjetivismo" enquanto o segundo representaria a tradução "objetiva" e em dados estatísticos, MINAYO (2010), destaca que “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

Portanto, considera-se que a abordagem qualitativa na pesquisa social e o exercício da pesquisa não apenas admite como na prática supõe e implica em combinações e a exploração de novos enfoques, tendo em vista possibilidades abertas ou descobertas em seu percurso. Nesse sentido, embora nos estudos de caso haja predominância de técnicas qualitativas - como a observação e a entrevista -, contudo “(...) pode ocorrer a necessidade de produção de dados quantitativos para delimitar o caso” (ALMEIDA, 2016).

Em decorrência, a combinação de aspectos, produção de dados e referências e fontes tanto quantitativos como qualitativos interagem levando-se em conta a necessidade de compreensão dos fenômenos e partindo do princípio que a abordagem qualitativa é determinada pelo objeto da pesquisa, pela forma como suas estratégias são escolhidas e estruturadas e à relativa indistinção entre objeto e o contexto, inclusive os sujeitos. Porém, uma vez definido o foco de investigação “(...) o processo de produção de dados pode utilizar diferentes técnicas de investigação, qualitativa e quantitativa” (ALMEIDA, 2016).

Em síntese, o estudo de caso na pesquisa social implica na inter-relação entre sujeitos e entre estes, o objeto da investigação e o próprio contexto onde se constituem, sendo de difícil demarcação e daí a necessidade de triangulação de dados e de fontes. Porém, como já foi apontado é exatamente nisso que residem “a sofisticação e a complexidade da estratégia, apesar de suas dificuldades” (ALMEIDA, 2016).

4.2 A ESCOLHA DO CASO

Tendo em vista a decisão de governo, os enormes investimentos e os esforços empreendidos na estruturação e na consolidação do SUS realizados pelos gestores de São Bernardo do Campo no período 2009 a 2016, o que norteou a escolha do caso foi a busca em compreender limites e possibilidades do acolhimento como estratégia associada no âmbito da AB segundo os princípios, finalidades e a transversalidade da PNH nas ações de atenção à saúde.

Portanto, ao passo das orientações nos planos - ético, estético, técnico ou político - geralmente associados ao acolhimento em suas várias dimensões, tanto como diretriz quanto como dispositivo, busca-se verificar suas possibilidades na reorganização dos processos de trabalho e na reorientação do modelo de atenção.

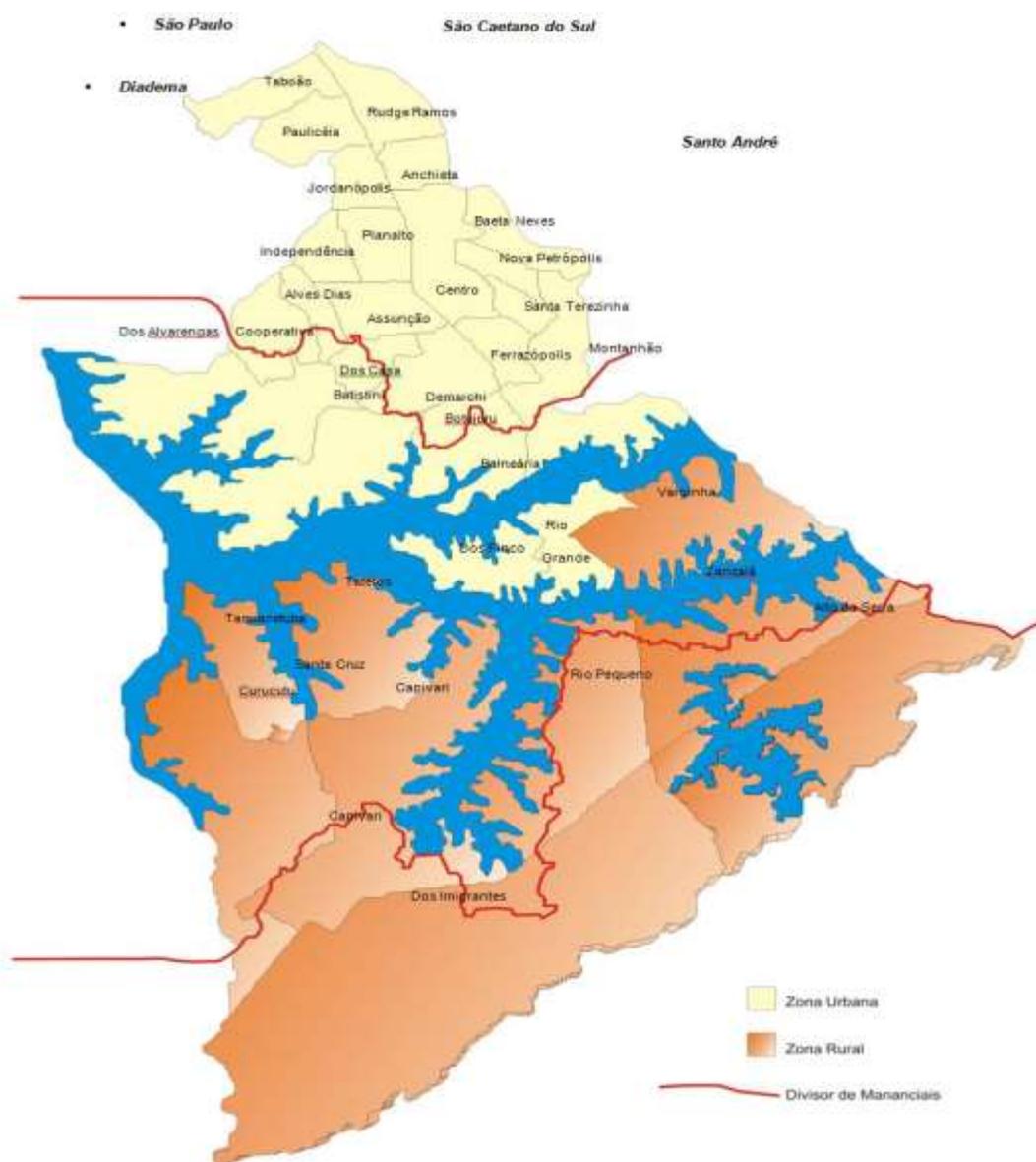
No presente estudo sendo o caso o acolhimento na AB em São Bernardo de Campo, é a rede de UBS o local onde de fato os processos e as ações em saúde ocorrem.

Cabe destacar a inserção e a experiência profissional da pesquisadora tanto na rede de AB, na coordenação de UBS, como nos Sistemas de Informação em Saúde do município, o que propicia acompanhar indicadores de resultados e possíveis impactos. Estes são fatores motivadores e facilitadores determinantes do desenvolvimento deste estudo, bem como nas possibilidades de difusão e incorporação de seus resultados.

O estudo foi realizado na rede básica de saúde do município de São Bernardo do Campo – SP.

O município de São Bernardo do Campo está localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo e conta com uma população estimada de 827.437 habitantes (IBGE, 2017). Possui 407 Km² de área territorial e 52% da área total de São Bernardo do Campo se encontra em área de proteção aos mananciais (75,82 Km² ou 18,6% de sua área é ocupada pela Represa Billings). As principais rodovias que cortam o município são a Via Anchieta e a Rodovia dos Imigrantes (SBC, 2010a). O município faz limite com Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, São Paulo, Cubatão e São Vicente.

Figura 1. Divisão geográfica por bairros do município de São Bernardo do Campo/SP

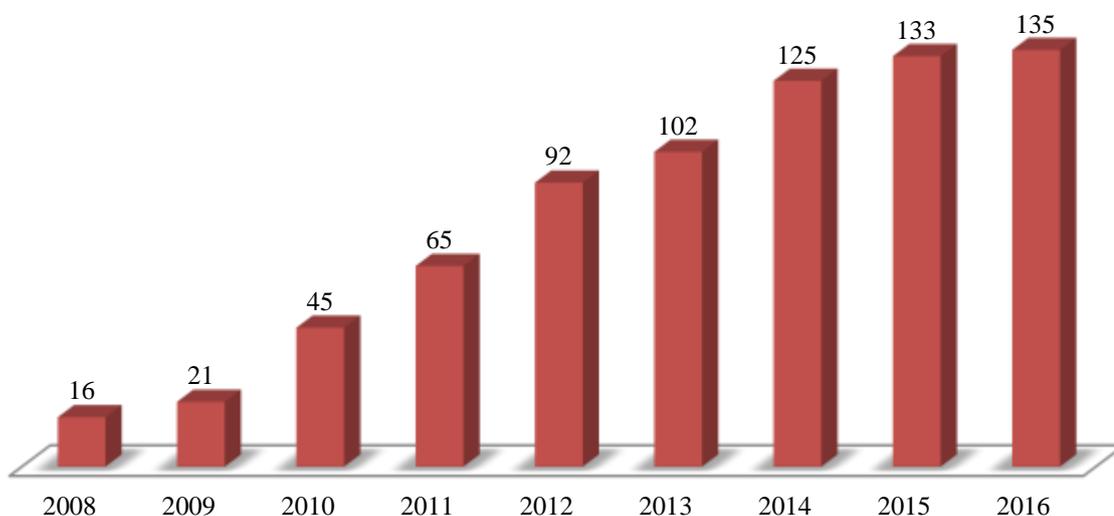


Extraído de: Plano Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo 2010-2013.

Atualmente, a rede de AB de saúde do município é constituída por 34 UBS sendo que, no período de 2009 a 2016, 27 foram reformadas e ampliadas e 04 construídas, sendo duas novas implantações e duas em substituição a prédios alugados e/ou deteriorados.

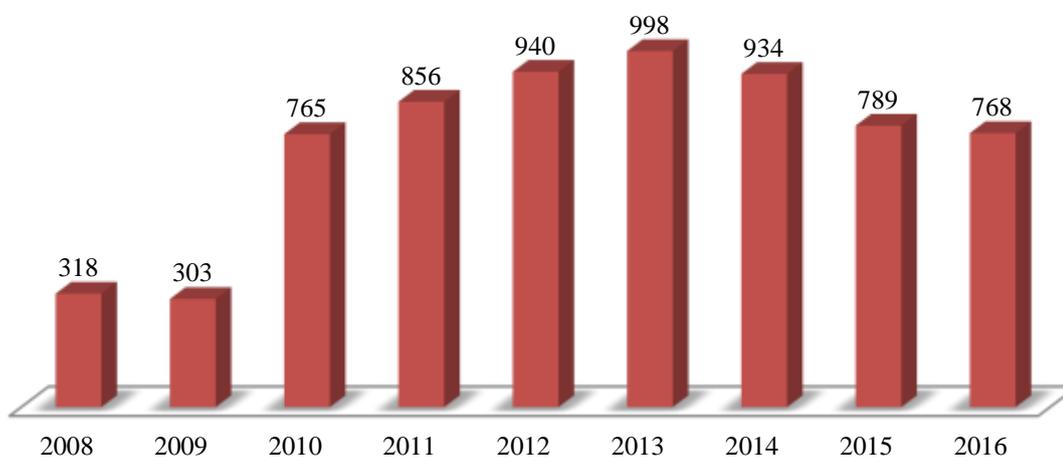
Os gráficos 1, 2, 3 e 4, a seguir, ilustram a evolução da rede entre os anos de 2008 e 2016 em relação à contratação de profissionais e ampliação das equipes.

Gráfico 1. Evolução no número de Equipes de Saúde da Família em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016



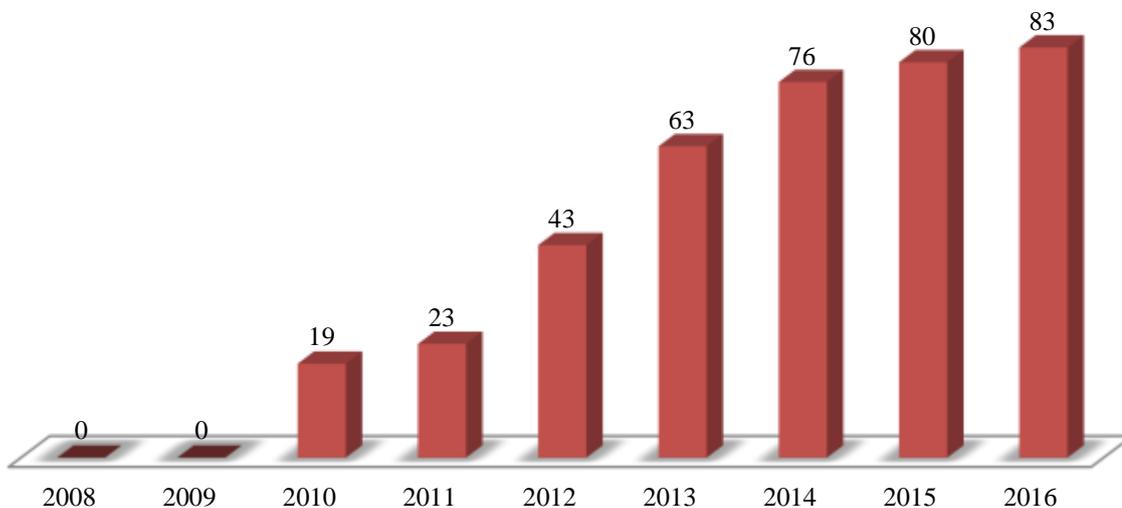
Fonte: DAB/MS

Gráfico 2. Evolução no número de Agentes Comunitários de Saúde em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.



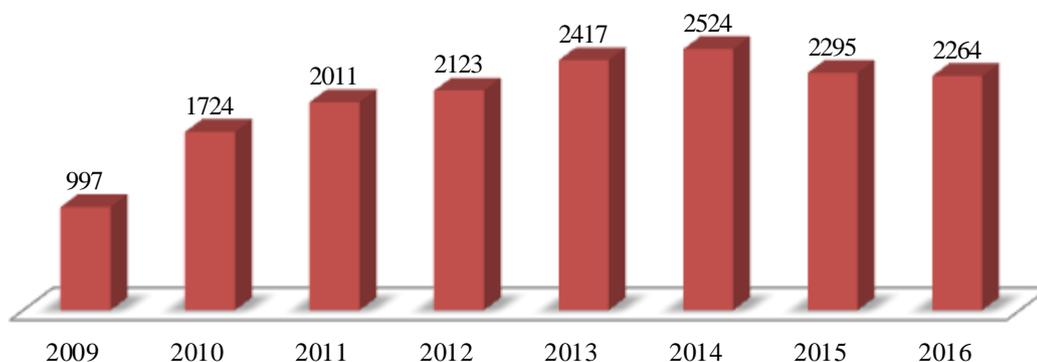
Fonte: DAB/MS

Gráfico 3. Evolução no número de Equipes de Saúde Bucal em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.



Fonte: DAB/MS

Gráfico 4. Número de trabalhadores da rede básica de saúde de São Bernardo do Campo, nos anos de 2009 a 2016.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
Dados referentes às competências dezembro.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em relação aos estudos de caso, de acordo com YIN (1994), cinco componentes de um plano de investigação são essencialmente importantes, isto é: 1) as questões do estudo; 2) as suas proposições; 3) as suas unidades de análise; 4) a lógica que liga os dados às proposições; e 5) os critérios para interpretar as descobertas.

Sendo assim, o terceiro componente está relacionado ao problema fundamental de definir o que é o *caso*, o que aflige muitos investigadores, dado que o mesmo estudo de caso pode envolver mais do que uma unidade de análise: “(...) mesmo que um estudo de caso seja sobre um único problema público, as análises podem incluir resultados de projetos individuais dentro do programa - e mesmo algumas análises quantitativas de grandes números de projetos” (YIN, 1994).

Sendo nosso foco o acolhimento na AB em São Bernardo de Campo, e a rede de UBS o local onde os processos e respectivas iniciativas ocorrem, são os trabalhadores da saúde envolvidos na implantação do acolhimento e no desenvolvimento das suas ações os sujeitos da pesquisa.

Trata-se principalmente daqueles que atuam no cotidiano das UBS do município, mas também outros informantes-chave que contribuíram com dados e informações fundamentais em vários momentos da pesquisa - como diretores e gestores da esfera central da SMS de São Bernardo do Campo.

Procurou-se combinar dados primários por meio de aplicação de questionários junto aos coordenadores de UBS com dados secundários produzidos pelos Sistemas de Informação em Saúde e demais informações e documentos obtidos com informantes-chave ao longo do percurso.

Quanto ao desenvolvimento do campo da pesquisa, a pesquisa foi realizada em duas etapas, sendo:

Primeira etapa: Realizada em dezembro de 2016 durante reunião de colegiado de AB e a aplicação de questionário a 26 coordenadores de UBS, o que garantiu as mesmas condições. Nesta etapa, identificaram-se os arranjos utilizados e a avaliação do coordenador sobre a implantação do acolhimento, considerando as dimensões do dispositivo dialogadas com princípios e atributos da AB. No mesmo mês foi realizada entrevista com a gestão central do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (DABGC).

Segunda etapa: Efetivada no segundo semestre de 2017 após análises preliminares sobre os questionários aplicados e agrupamento das respostas. Foram escolhidas cinco UBS considerando territórios distintos e continuidade dos mesmos coordenadores de dezembro de 2016. Aqui se buscou aprofundar as questões relacionadas à superação dos entraves identificados na implantação do acolhimento, assim como as iniciativas para o monitoramento e avaliação dos indicadores apontados pelos coordenadores no questionário.

As perguntas foram enviadas previamente por correio eletrônico e quatro coordenadores as responderam. Foram realizadas visitas em três das cinco UBS, com a finalidade coletar informações diversas, além de imagens e outros tipos de documentos utilizados na implantação e durante a realização do acolhimento, assim como de possíveis atividades que estivessem sendo realizadas no momento. As datas e horários foram previamente combinadas com os coordenadores das UBS, que acompanharam a pesquisadora durante as visitas.

Estava previsto no projeto da pesquisa a realização de entrevistas com demais profissionais e trabalhadores da saúde e usuários, o que infelizmente não foi possível devido a problemas operacionais e logísticos diversos.

4.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram produzidos e coletados por meio de fontes primárias, no caso os questionários para posterior aprofundamento junto aos Coordenadores de UBS e do DABGC.

Como fontes secundárias foram utilizados principalmente os bancos de dados dos Sistemas de Informação em Saúde do DATASUS: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS), Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIHSUS), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), além do sistema de gestão municipal da saúde, o Hygia.

Foram utilizados também documentos – principalmente os Planos Municipais de Saúde, os Relatórios de Gestão e o Documento Norteador da AB de SBC, referentes ao período 2009 a 2016 – além de vasto material produzido pelas UBS e Gestão Central no período, como material didático de cursos, os Cadernos de Saúde, Relatórios de Atividades, Relatórios e Termo de Compromisso do Projeto QualiSUS-Rede, dentre outros.

De acordo com MARCONI e LAKATOS (2011, p. 48) a pesquisa documental - ou de fontes primárias - tem como característica ser: “a fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, em primeira mão”, isto é, não ter sido tratado de alguma forma, mas sim obtido diretamente sem uma finalidade posterior.

Na etapa do campo propriamente dito, houve aplicação de questionários e entrevista semi-estruturada, seguindo um roteiro norteador. O questionário é um instrumento de investigação destinado à coleta de dados baseando-se, geralmente, na investigação de um grupo representativo da população em estudo. Trata-se de um conjunto de perguntas ordenadas de acordo com um critério predeterminado, que deve ser respondido sem a presença do entrevistador (MARCONI e LAKATOS, 2011).

Algumas vantagens importantes na aplicação de questionário estão relacionadas à possibilidade de atingir maior número de pessoas simultaneamente, economizando tempo e permitindo mais uniformidade na avaliação, em virtude da impessoalidade do instrumento. Destaca-se algumas desvantagens, como o número de perguntas sem respostas, a impossibilidade de auxiliar o informante no caso de questões mal compreendidas e a possibilidade de uma questão influenciar a outra antes de começar a respondê-las (MARCONI e LAKATOS, 2011).

A opção pela aplicação de questionário se deu pela necessidade de atingir o maior número possível de sujeitos – coordenadores de UBS neste caso – ainda em 2016, dada a situação política no município, que passaria por mudanças na administração e alteração no quadro de gestores no início do ano seguinte, o que de fato ocorreu.

As informações colhidas diziam respeito a aspectos centrais da implantação e iniciativas do acolhimento como diretriz e como dispositivo da PNH, isto é: ambiência e infraestrutura; acesso (resolubilidade, priorização e universalidade); integralidade e cínica ampliada; longitudinalidade, vínculo e corresponsabilização; gestão participativa/co-gestão, além da formação profissional e inserção no setor saúde e na UBS.

No decorrer da pesquisa buscou-se coletar também imagens, fotografias, e registros não formais que pudessem indicar ou enriquecer as ações e atividades referidas à implantação ou relacionadas ao acolhimento, de algum modo.

Segundo NETO (1994) o registro visual, seja por fotografias ou filmagens, é um recurso que amplia o conhecimento do estudo, pois permite ilustrar momentos e situações do cotidiano vivenciado durante a pesquisa de campo.

Para TRIVIÑOS (1987, p. 146) a entrevista semi-estruturada tem como característica questionamentos básicos calçados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. Complementa o autor, afirmando que a entrevista semi-estruturada “(...) favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (...)” além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Para uma primeira apreciação das informações foi feita inicialmente uma análise de frequência tendo em vista tabular e agrupar as respostas dos coordenadores de UBS ao questionário para daí levantar questões para aprofundamento posterior – notadamente em relação aos entraves e desafios na implantação e efetivação do acolhimento para a reorganização do serviço e reorientação do modelo de atenção no marco da PNAB.

Para análise dos dados propriamente dita foi realizada análise de conteúdo, na qual, segundo MINAYO (1994), podemos confirmar ou não as hipóteses colocadas antes da investigação e/ou ir além do que está sendo comunicado, descobrindo o que pode estar por trás dos conteúdos manifestados.

Para MINAYO (2010) “todo o esforço teórico (...) visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observações”.

Segundo MINAYO (2010) realizar uma análise temática requer “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Foram elaboradas categorias de análise, baseadas em frases e palavras destacadas como unidades de registro, considerando a finalidade do estudo. A partir das categorias, foi realizada análise temática, compondo a discussão inter-relacionando com a teoria apresentada e os dados coletados pelas diversas fontes de registro.

Sendo assim, após uma análise preliminar do material obtido com a aplicação dos questionários, decidiu-se enfatizar e focar os entraves e avanços na implantação do acolhimento citados pelos sujeitos da pesquisa, considerando que são aspectos que influenciam significativamente em todo processo de implementação do dispositivo.

Em termos esquemáticos, a análise temática de conteúdo, segundo MINAYO (2010), desdobra-se em três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material ou codificação e 3) tratamento dos resultados obtidos/interpretação.

A *pré-análise*, consiste na escolha do material analisado frente aos objetivos da pesquisa na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Ela pode ser decomposta na tarefa de realizar uma *leitura flutuante*, que consiste em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.

Ainda nesta primeira fase deve-se empregar uma dinâmica entre as hipóteses iniciais e as emergentes com as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva.

Num segundo momento ocorrem recortes do texto e das falas em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento tal como foi estabelecido na pré-análise denominadas de unidades de registro. Aqui acontece a organização do material de modo a responder às normas de validade: 1) exaustividade - que contemple os aspectos levantados no roteiro; 2) representatividade – com a representação do universo pretendido; 3) homogeneidade - que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas e a 4) pertinência – onde o material analisado deve ser adequado aos objetivos da pesquisa.

Uma vez demarcada as unidades de registro o pesquisador define regras de contagem e elabora codificações com base em operações estatísticas simples.

Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema e a interpretação propriamente dita. A partir daí pode-se propor inferências e realizar algumas interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico ou abre novas pistas em torno de novas dimensões teóricas ou empíricas sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2010).

Cabe ressaltar que na realidade estas fases são progressivas e dinâmicas, procurando-se dialogar e triangular com todo o material coletado – fontes primárias, secundárias e documental – em relação tanto às hipóteses como aos objetivos frente à literatura e marco teórico incluindo também às limitações encontradas no campo da pesquisa.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tratando-se de pesquisa com seres humanos, o estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS) e ao Departamento responsável pela aprovação de pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos éticos e legais, de modo que cada participante assinou, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao participar da pesquisa, no qual foram apresentados o tema e os objetivos da investigação, e assegurado que as informações seriam tratadas no anonimato e serviriam exclusivamente para fins científicos, conforme as determinações da resolução 466/2012.

Na entrevista, foi solicitada prévia autorização para anotações. Foi esclarecida a voluntariedade da participação e a garantia do anonimato e privacidade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dados obtidos por meio dos questionários e dos bancos de dados dos SIS. A discussão será aprofundada pela teoria até aqui apresentada, pelas informações obtidas nos documentos da SMS e pela entrevista com a gestão central do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado (DABGC).

Ressalta-se, para a discussão, minha vivência de três anos na gestão de uma UBS, assim como minha interação com os serviços de saúde por meio do meu cotidiano de trabalho atual na gestão das ações relacionadas à implantação e uso dos SIS, a qual exerço há mais de cinco anos.

Importante destacar a atuação na gestão central como lugar privilegiado no que tange ao conhecimento das ações em nível macro. Porém, ao submergir o campo e se abrir para as realidades e possibilidades dos serviços, é fundamental abrir os olhos, a mente e o coração para as revelações trazidas por estes espaços, de forma a facilitar a compreensão para uma análise comprometida com a investigação proposta.

A apresentação será iniciada com os dados primários – questionários, para que estes possam dialogar com os dados secundários - SIS, que serão apresentados na sequência. A discussão será finalizada, numa abordagem ampliada, por meio da análise de conteúdo temática construída a partir dos entraves e avanços para implantação do acolhimento, citados pelos coordenadores nos questionários.

5.1 ACOLHIMENTO: INICIATIVAS E IMPLANTAÇÃO

Num primeiro momento, serão apresentados os resultados dos dados relacionados ao perfil profissional dos coordenadores e aos instrumentos e iniciativas para implantação do acolhimento nas UBS e discutidos em função de elementos destacados nas entrevistas.

As diferenças observadas nos números totais em algumas questões são justificadas pela ausência de resposta de alguns coordenadores.

5.1.1 Perfil dos coordenadores

O coordenador de UBS, do ponto de vista da inter-relação com a gestão e a atenção deve atuar buscando a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Tecnicamente, necessita de um arcabouço composto por conhecimentos, habilidades e experiências na saúde pública que lhe permitam executar as políticas de saúde com eficiência. A articulação dos saberes e práticas propiciará o cumprimento de suas atribuições, bem como o reconhecimento do território, sua população e a dinâmica social que nele se estabelece, além do conhecimento da rede de serviços de saúde, ferramentas fundamentais para o planejamento das ações e estratégias em nível local. (CONASEMS, 2016).

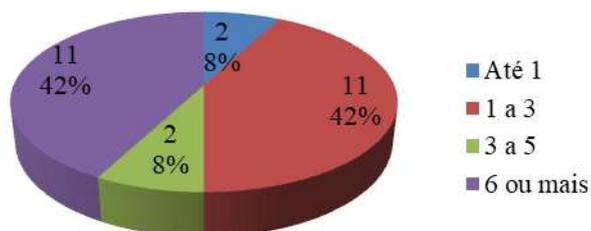
Segundo o Documento Norteador da AB de São Bernardo do Campo, o coordenador, como gestor do território, é responsável pelo planejamento local, tendo como premissa a territorialização; pelo uso adequado das informações em saúde; pela avaliação das ações e práticas; pela gestão da equipe de saúde e por garantir a participação da comunidade nas reuniões do Conselho Gestor e nas atividades de saúde no bairro (SBC, 2015)

Neste trabalho, por meio do questionário aplicado, buscou-se inicialmente caracterizar o perfil profissional dos coordenadores através de dados sobre tempo de experiência em gestão de serviços de saúde, inclusive na própria UBS, e sobre a formação acadêmica, em cursos de graduação e pós-graduação, incluindo residências.

O **tempo de atuação do coordenador na própria UBS** possibilitou uma primeira análise quanto à sua compreensão sobre o acolhimento no momento da implantação naquela Unidade, considerando as diversas discussões e ações sobre acolhimento realizadas pela gestão desde 2009.

O reconhecimento do território e da equipe da UBS são fatores potencializadores na escolha e implementação das estratégias, neste caso do melhor arranjo para a realização do acolhimento em determinado momento.

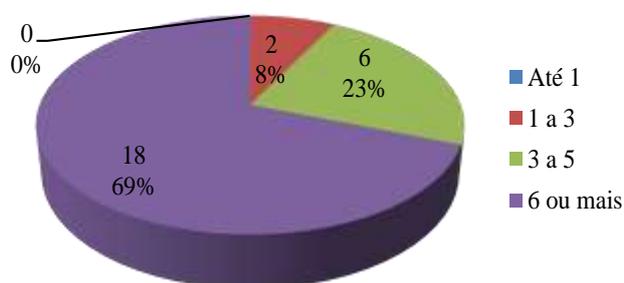
Gráfico 5. Distribuição do tempo de atuação do coordenador na própria UBS (em anos)



No gráfico 5 verifica-se que, dos 26 coordenadores que responderam, 50% estava há mais de 3 anos. Do total, 42% estava há mais de 6 anos e apenas 2 coordenadores atuavam na própria Unidade há menos de 1 ano.

No que se refere ao **tempo de atuação do coordenador em cargos e/ou funções de gestão**, considerou-se a atuação não apenas em cargos de chefia, mas em funções que possibilitassem exercer a gestão na área da saúde. O resultado permite avaliar o tempo de convivência do profissional com temas afetos aos gestores, podendo apontar para a expertise do profissional no setor.

Gráfico 6. Distribuição quanto ao tempo de atuação do coordenador em cargos/funções de gestão (em anos)

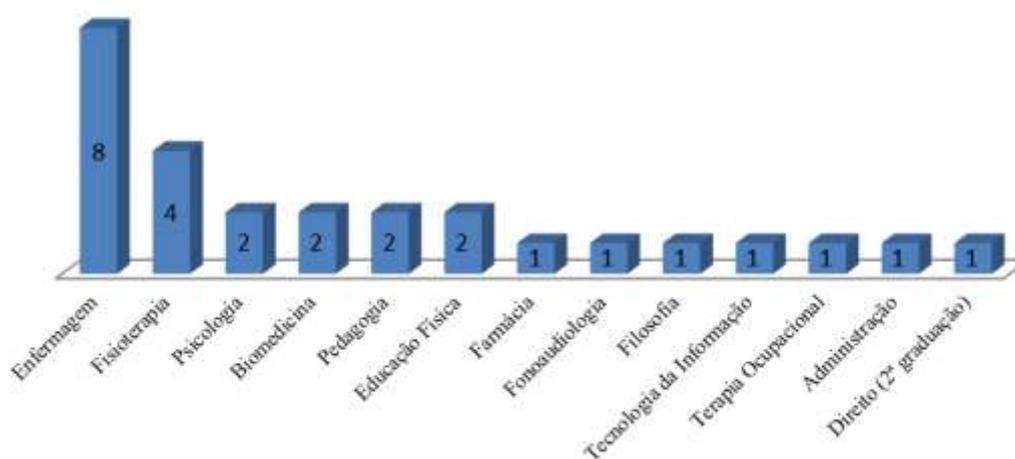


O gráfico acima revela que todos os coordenadores possuíam no mínimo 1 ano de atuação em cargos e/ou funções de gestão. A grande maioria, ou seja 69%, tinha mais de 6 anos e 31% menos de 5 anos.

A **formação acadêmica** contribui para a qualificação da práxis cotidiana. A graduação na área da saúde possibilita uma aproximação com o campo durante a realização do curso, assim como os cursos de pós-graduação permitem a ampliação dos olhares e saberes, na perspectiva de se especializar em áreas/temas específicos, na tentativa de aproximar o “saber”, o “saber ser” e o “saber fazer”.

Quanto à formação acadêmica, os 26 coordenadores possuem no mínimo uma graduação, sendo que apenas 5 não tem graduação na área da saúde. Do total, 29% é graduado em Enfermagem e 15% em Fisioterapia, conforme ilustra o gráfico 7.

Gráfico 7. Distribuição dos cursos de graduação pelo número de coordenadores.

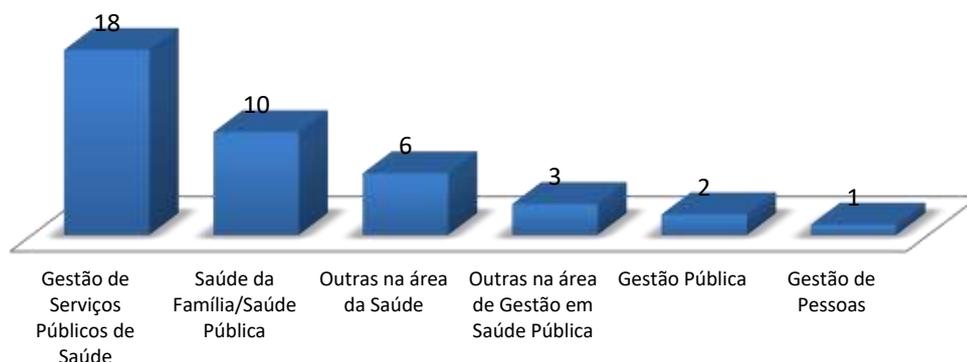


Em relação a cursos de pós-graduação, apenas um coordenador referiu não ter cursado algum. Foram citados 16 cursos/residências nos questionários aplicados. Dos cursos realizados, 18 coordenadores, ou seja, 69% possui especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde⁴. Outros cursos voltados à Saúde Pública e Saúde da Família foram citados por 10 coordenadores, como ilustrado no gráfico seguinte. Dos 26 coordenadores que participaram da pesquisa, 12 cursaram 2 ou mais cursos de pós-graduação e/ou residência.

Na ocasião da pesquisa, 4 coordenadores realizavam Mestrado na área da Saúde, sendo 2 em Saúde Coletiva; 1 em Educação Permanente em Saúde e 1 em Ciência do Ensino em Saúde.

⁴ O curso de especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde foi realizado entre 2010 e 2012, com a parceria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e teve a participação de todos os gestores e apoiadores de rede da SMS. O curso, com divisão de turmas por território, foi planejado para “pensar e problematizar o cotidiano de trabalho e construir coletivamente o conhecimento para ampliar as ferramentas no campo da gestão em saúde pública e avançar na construção de uma rede capaz de produzir cuidado integral e de qualidade (...) revelando mudanças nas práticas de gestão e atenção à saúde” (SBC, 2010b).

Gráfico 8. Distribuição dos cursos de pós-graduação pelo número de coordenadores.



No que diz respeito à formação acadêmica se observa um grupo de coordenadores com perfil profissional favorável ao exercício da função. Aliado ao tempo de atuação em cargos e/ou funções de gestão na saúde, pressupõe-se a opção pela seleção dos coordenadores a partir da adequação do perfil para o cargo em questão, viabilizando a execução das estratégias e ações no âmbito da UBS e de seu território.

Para analisar as iniciativas e atividades desenvolvidas para a implantação do Acolhimento, escolheu-se agrupar as questões observando sua transversalidade com as demais diretrizes da PNH, com os princípios inscritos na PNAB e de acordo com os atributos da APS, nas seguintes dimensões:

- ANO DE IMPLANTAÇÃO
- ARRANJO ORGANIZATIVO
- INSTRUMENTOS E INICIATIVAS
 - Ambiência/infraestrutura
 - Capacitação
 - Protocolo interno
 - Instrumentos de registro
 - Indicadores escolhidos
- GESTÃO PARTICIPATIVA/COGESTÃO E DIREITO DOS USUÁRIOS
- ACESSO
- LONGITUDINALIDADE
- INTEGRALIDADE
- COORDENAÇÃO DO CUIDADO

5.1.2 Ano de Implantação

Quanto à implantação do acolhimento, é importante ressaltar que parece haver diferentes concepções por parte dos coordenadores, em parte porque as primeiras discussões sobre o tema se iniciaram em 2009, quando a rede básica ainda realizava unicamente a triagem para o atendimento à demanda espontânea.

Com a continuidade das ações da gestão em busca da mudança do modelo de atenção, avançou-se na discussão sobre acolhimento, assim como nas diversas iniciativas para que fosse concebido e realizado atendendo aos princípios da PNH, PNAB e Política Municipal de Atenção Básica.

“(...) dentro dos territórios os tempos foram diferentes, porque as equipes estavam em tempos diferentes” (gestão central).

Questionados quanto ao ano de implantação do acolhimento nas respectivas UBS, 3 coordenadores não responderam a esta questão, reforçando a ideia de processo. Conforme ilustra a tabela 1, das 23 UBS, 39% implantou entre 2010 e 2012; 31% implantou no ano de 2013 e 30% implantou entre os anos de 2014 e 2016.

Tabela 1. Número e proporção de UBS segundo ano de implantação do acolhimento.

Ano	N	%
2010	2	9%
2011	4	17%
2012	3	13%
2013	7	31%
2014	2	9%
2015	4	17%
2016	1	4%
Total	23	100%

Verifica-se que a maioria das UBS, ou seja, 61% implantou o acolhimento a partir de 2013. Este resultado possivelmente está relacionado à entrega das UBS reformadas e à capacitação das equipes nos diversos espaços de Educação Permanente (EP) que priorizaram ou reforçaram o tema em suas pautas.

5.1.3 Arranjo Organizativo

Segundo o MS (2013a) o acolhimento permite a constituição de novos modos de receber e escutar o usuário na AB traduzidos em arranjos e práticas concretas, sendo possível fazer os ajustes necessários conforme os profissionais/equipes identifiquem limitações e potencialidades no processo. Os diferentes tipos de arranjos devem se ajustar à realidade de cada Unidade, assim como o protagonismo dos trabalhadores na implementação do acolhimento.

Em São Bernardo do Campo, os coordenadores das UBS tiveram autonomia na escolha do melhor arranjo para a implantação do acolhimento. Com o apoio da gestão central, promoveram encontros e discussões com as equipes e usuários para a decisão do arranjo mais adequado na ocasião.

“(...) a gente também optou por não ter um modelo fechado, apostando nessa lógica da EP, a partir de uma diretriz (...) muitos no território utilizaram o acolhimento como espaço para dialogar e construir qual arranjo que teria naquele território ou naquela UBS” (gestão central).

Em relação ao arranjo organizativo⁵ utilizado na UBS, foi elaborada questão de múltipla escolha que permitia assinalar uma ou mais alternativas, além da possibilidade de acrescentar algum arranjo que não estivesse mencionado na questão.

Nos resultados ilustrados no gráfico a seguir se pode verificar que 16 das 26 UBS utilizam mais de um tipo de arranjo.

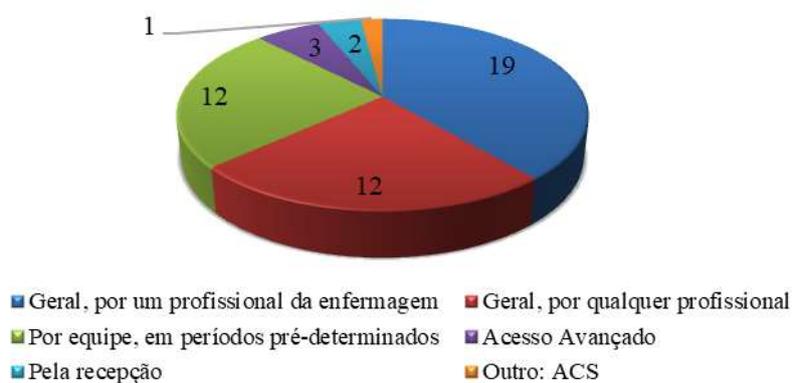
⁵ Arranjos Organizativos:

Acesso Avançado: sistema de agendamento que consiste em agendar as pessoas para serem atendidas pelo médico no mesmo dia ou em até 48 horas após o contato do usuário com o serviço de saúde, com o objetivo de melhorar o acesso das pessoas aos cuidados em saúde, diminuindo o tempo de espera por uma consulta médica, o número de faltas e aumentando o número de atendimentos médicos da população (VIDAL, 2013).

Acolhimento por Equipe: atendimento do usuário pela equipe de referência no momento em que ele procura o serviço. A equipe se organiza para que não haja consultas previamente agendadas para estes períodos, ficando livres para os atendimentos de demanda espontânea.

Acolhimento Geral: atendimento de todos os usuários que procuram o serviço por demanda espontânea, em qualquer dia e horário de funcionamento da Unidade. O atendimento é realizado por um profissional de enfermagem ou outro profissional da unidade.

Gráfico 9. Distribuição dos arranjos organizativos nas UBS.



Considerando que todas as UBS devem realizar o acolhimento no período integral de funcionamento do serviço, todos responderam que utilizam o arranjo geral, seja pela equipe de enfermagem, seja por qualquer outro profissional.

Quanto ao arranjo geral, 19 responderam que é realizado por um profissional da enfermagem. A realização do acolhimento por equipe, em períodos pré-determinados, foi mencionada por 12 coordenadores e o Acesso Avançado por 3. Conforme mostra o gráfico 9, a realização do acolhimento pela recepção foi citada 2 vezes. Apenas 1 coordenador respondeu que utiliza todos os tipos de arranjo, além dos ACS.

Figura 2. Acolhimento sendo realizado por uma enfermeira em uma das UBS.



Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Foto realizada durante visita a UBS em set/2017.

5.1.4 Iniciativas e Instrumentos

Buscando garantir a qualidade do acolhimento nas UBS foram elaborados instrumentos e realizadas diversas iniciativas no âmbito da gestão municipal e dos serviços.

Na esfera da gestão municipal, grandes ações foram pactuadas e previstas nos Planos Municipais de Saúde e na Política Municipal de AB, como a construção e reforma das UBS, a contratação de profissionais, a realização de oficinas, cursos e capacitações, a criação e garantia de utilização de espaços de EP, a elaboração do Documento Norteador da AB e a revisão de protocolos.

No âmbito da atenção, a garantia de autonomia e liberdade na construção de estratégias para implementação do acolhimento levaram à plena utilização de espaços de diálogo e EP com trabalhadores e usuários, escolha dos arranjos para realização do acolhimento, elaboração de protocolos, instrumentos de coleta de dados e indicadores, além de outras ações.

Segundo informações obtidas em levantamento inicial, junto à gestão central, o Documento Norteador da AB trata do acolhimento de forma geral, sendo que cada UBS utilizaria de autonomia para criar ferramentas e conhecimentos para aprimorar o processo de acolhimento, de acordo com as necessidades. Não foi estabelecido a Classificação de Risco por cores, conforme caderno do MS, a fim de evitar comparação com o Protocolo utilizado nas UPA. Porém, uma diretriz da gestão era que o acolhimento fosse realizado com envolvimento da equipe multiprofissional, qualificando o processo a partir da troca de saberes.

Quanto aos protocolos de enfermagem, revisados em 2012, abordam o acolhimento de forma a nortear e fortalecer a atuação da equipe de enfermagem na assistência aos usuários nas demandas espontâneas.

5.1.4.1 Ambiência e Infraestrutura

De acordo com a PNH, “é preciso criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas” (MS, 2013c).

Diante disto, é importante reconhecer a realidade e o contexto de cada UBS, além de aspectos tais como a quantidade de pessoas que circulam no espaço e a especificidade do serviço, como número de equipes/profissionais, os tipos de atendimentos e atividades realizadas, a fim de possibilitar a organização dos processos de trabalho na perspectiva da ambiência.

Para que a ambiência seja adequada, considera-se um conjunto de fatores, como confortabilidade, valorizando cor, cheiro, som e o espaço como ferramenta que otimize recursos e favoreça atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (MS, 2010b).

As construções e reformas das UBS, realizadas no município a partir de 2009, reestruturaram as Unidades, possibilitando um ambiente apropriado para o trabalho das equipes e o atendimento aos usuários. A criação da “sala do acolhimento” propiciou um espaço reservado para realização de escuta qualificada, com mais privacidade. Uma particularidade nas UBS de São Bernardo do Campo é a “sala da comunidade”, concebida para encontros da população do território.

Para avaliar a ambiência foram escolhidos seis fatores relacionados à confortabilidade e à possibilidade de realizar uma escuta qualificada, em espaço reservado.

No quadro 1, abaixo, verifica-se o grau de adequação dos fatores, na avaliação dos coordenadores, numa escala de 1 a 10, sendo que 1 significa “totalmente inadequado” e 10 “totalmente adequado”.

Quadro 1. Distribuição das avaliações quanto à adequação de fatores relacionados à ambiência nas UBS.

Item/distribuição	1	2	3	4	5	6	7	8	8,5	9	9,5	10	total
Cores	0	0	1	0	2	1	1	6		3		11	25
Iluminação	0	0	1	0	2	1	1	5	1	2		12	25
Cheiros	0	0	0	0	2	1	2	8		2	1	8	24
Sons/ruídos	0	2	1	1	4	1	4	7		1		5	26
Mobiliário	0	0	1	0	2	1	4	6		4		8	26
Sala do Acolhimento	1	1	1	0	1	3	3	4		3	1	8	26
Total	1	3	5	1	13	8	15	36	1	15	2	52	

Considerando todos os itens em conjunto, verifica-se um grau de adequação muito positivo, sendo que a maioria das avaliações ficaram entre 8 e 10. Os sons/ruídos e a sala de acolhimento tiveram 4 e 5 avaliações menores que 5, respectivamente.

Como a sala de acolhimento é localizada junto à recepção das UBS (como mostra a figura abaixo), espaço de maior circulação dos usuários e, portanto, com maior nível de ruídos, justificam-se algumas avaliações negativas relacionadas a estes itens.

Ressalta-se que na ocasião da aplicação do questionário três UBS não haviam passado pelo processo de reforma.

Figura 3. Recepção de uma das UBS do município, após entrega da reforma, em março de 2012 (Observa-se na imagem a sala de acolhimento).



Extraída de: Relatório Anual de Gestão – 2012, SBC.

Para identificar e avaliar as ações e instrumentos utilizados na implantação e realização do acolhimento optou-se por questões que abordassem as capacitações, os tipos de instrumentos utilizados, os dados coletados e a utilização e importância destes dados.

5.1.4.2 Capacitação

Ações voltadas à formação, educação permanente e continuada dos profissionais de saúde estão previstas na PNAB e PNH, como responsabilidade das três esferas de governo, com o propósito de qualificar os processos de trabalho na AB e, conseqüentemente, os serviços ofertados aos usuários. Acredita-se que por meio de cursos e oficinas de formação os trabalhadores possam construir novas realidades em saúde (MS, 2013c).

A primeira conversa com os profissionais da rede de saúde sobre a PNH ocorreu em 2009, por meio de uma oficina realizada com o apoio das gerências de Humanização e Educação em Saúde da SMS. A partir de então, a humanização e o acolhimento se tornaram pauta permanente nos diversos espaços colegiados e de EP existentes.

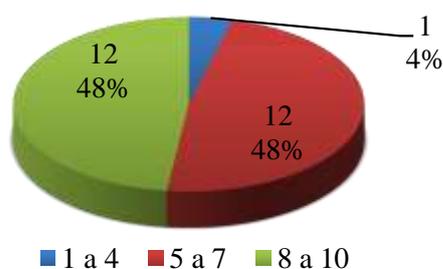
Dentre as várias ações desencadeadas para implantação do acolhimento, destaca-se a capacitação por meio do projeto QualiSUS-Rede. Esta ação possibilitou um grande movimento com a participação de gestores e trabalhadores. O Termo de Compromisso elaborado regionalmente contemplava, no âmbito da AB, a instituição do acolhimento aos usuários, prevendo a integração em rede e da equipe multidisciplinar, visando à integralidade das ações e a longitudinalidade do cuidado, possibilitando maior credibilidade do serviço à população⁶.

O projeto foi colocado em prática com a realização de 40 oficinas temáticas abordando Acolhimento e Classificação de Risco. As oficinas foram realizadas no primeiro semestre de 2015 e contou com a participação de 1.200 profissionais da AB, entre gestores e trabalhadores. As oficinas possibilitaram qualificar as equipes para o atendimento a demanda espontânea, assim como ampliar a discussão para todos os trabalhadores das UBS.

Em relação aos cursos e capacitações realizadas e ofertadas abordando o tema Acolhimento, seja por iniciativa da gestão municipal, seja por outros projetos/ações, como o QualiSUS, os coordenadores responderam, quanto ao grau de satisfação, tendo em vista um indicador de quantidade e qualidade.

O gráfico 14 revela o grau de satisfação dos 25 coordenadores que responderam em relação a **capacitação por meio do projeto QualiSUS-Rede**, sendo 1 para “totalmente insatisfatório” e 10 para “totalmente satisfatório”.

Gráfico 10. Distribuição quanto à avaliação das capacitações - QualiSUS-Rede.



⁶ Termo de compromisso produzido para o projeto QualiSUS-Rede da região do Grande ABC em 2014.

Observa-se uma avaliação positiva quanto à realização e participação nesta capacitação. Porém, 13 coordenadores possivelmente almejavam um maior potencial desta oferta para a implantação do acolhimento.

Outros cursos, capacitações e processos de formação foram ofertados pela gestão aos trabalhadores ao longo do tempo.

Uma importante estratégia da gestão foi a realização de um processo de qualificação para recepcionistas e oficiais administrativos de toda a rede de saúde municipal durante o ano de 2014. O processo foi motivado pela expressiva manifestação dos usuários, nos diversos espaços de participação da população, no que se refere ao “mau atendimento e falta de humanização e acolhimento”, em especial por parte dos recepcionistas dos serviços. O curso foi composto por 160 horas e contou com a participação de aproximadamente 800 trabalhadores. Em um dos módulos, os participantes tiveram contato com as diretrizes e os dispositivos da PNH, com ênfase para o acolhimento⁷.

O aprimoramento permanente dos profissionais permite maior resolubilidade no acolhimento e na escolha das ofertas à população, pois possibilita melhor capacidade de análise das situações e de sua intervenção. Ressalta-se que as atividades de educação permanente podem ser realizadas na própria UBS, durante reuniões de equipe ou em períodos específicos, propiciando discussão, aprofundamento e atualização de conhecimentos e habilidades.

5.1.4.3 Protocolo interno

Para que os profissionais possam realizar os atendimentos de forma segura se faz necessário a utilização de protocolos clínicos e de acesso, permitindo assegurar a equidade e qualificar a assistência aos usuários/população.

A gestão municipal pactuou fluxos de atendimento e encaminhamentos por meio do Documento Norteador da AB e dos protocolos de enfermagem, tendo como documento base o caderno sobre acolhimento do MS.

A partir da proposta deste caderno, assim como dos protocolos assistenciais municipais, destaca-se a autonomia das Unidades na elaboração de instrumentos que melhor atendessem a necessidade das equipes durante o atendimento.

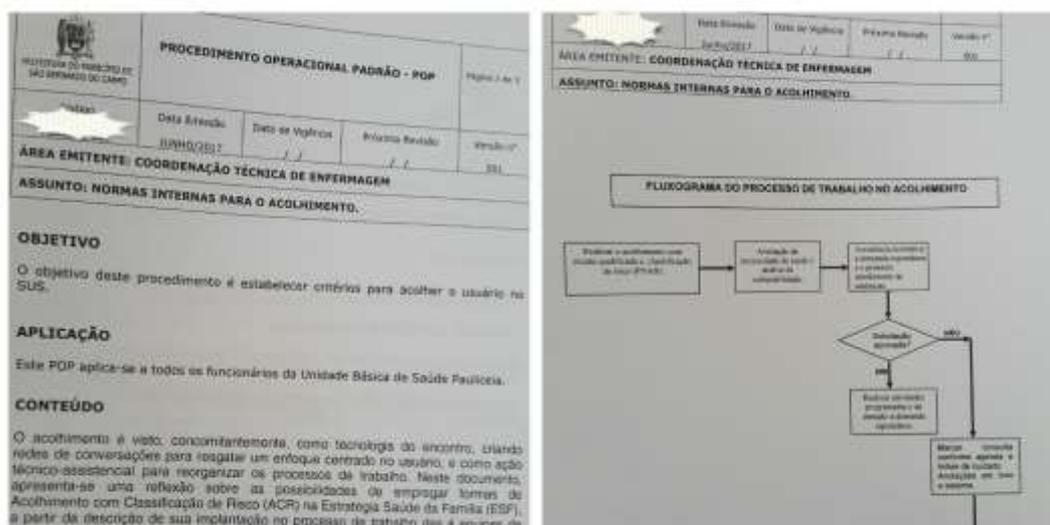
⁷ Informações extraídas do Projeto Pedagógico do Curso - Centro de Estudos de Saúde Coletiva do ABC (CESCO)/ Faculdade de Medicina do ABC e Grupo Conductor da SMS de São Bernardo do Campo.

No que se refere à elaboração de protocolo interno, foi elaborada questão com múltiplas escolhas, sendo permitido assinalar uma ou mais.

A elaboração com a participação dos profissionais da UBS foi mencionada por 22 coordenadores, seguida por elaboração por equipe técnica externa à UBS e pela gestão da Atenção Básica, assinaladas por 12 e 10 coordenadores, respectivamente. A elaboração com participação dos usuários, incluindo CGL, foi assinalada por 6 coordenadores. Um dos coordenadores informou que não trabalham com protocolo comum entre as equipes, pois “cada equipe atua de maneira singular”.

A figura 4 ilustra um Protocolo Operacional Padrão (POP) elaborado pela equipe técnica de enfermagem de uma das UBS visitadas. O POP foi uma das formas da equipe singularizar o processo na unidade, iniciando como uma breve conceituação sobre acolhimento.

Figura 4. Apresentação e Fluxograma do Acolhimento de Procedimento Operacional Padrão elaborado pela equipe de enfermagem de uma das UBS.



Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Fotos realizadas durante visita a UBS em set/2017.

No entanto, em outra UBS visitada, o coordenador informou que a equipe não utiliza protocolo interno ou o caderno do MS para classificação de risco, apenas os protocolos de enfermagem.

5.1.4.4 Instrumentos de registro

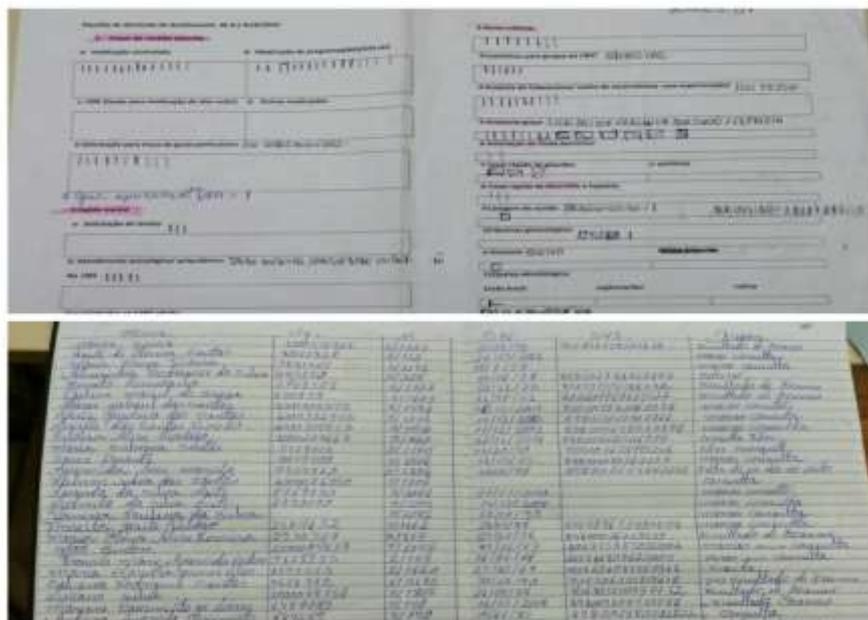
Para registro de dados e informações sobre o usuário acolhido por demanda espontânea foram elaborados instrumentos utilizando livros ou planilhas. Nestes instrumentos deveriam constar informações que auxiliassem as equipes no reconhecimento das necessidades dos usuários para, a partir de então, elaborar o cardápio de ofertas da Unidade.

Quanto aos instrumentos utilizados para registro dos dados do acolhimento, com exceção das fichas do e-SUS AB e SIASUS, documentos de preenchimento obrigatório, foram incluídas no questionário livros e planilhas, com possibilidade de assinalarem mais de uma opção e citarem outros instrumentos, se fosse o caso.

A opção **livros** foi assinalada por 17 coordenadores e **planilhas** por 16, revelando a utilização dos dois instrumentos em algumas UBS. Quanto a outros possíveis instrumentos, 3 coordenadores citaram o uso de prontuários.

A figura abaixo ilustra dois diferentes tipos de instrumentos utilizados em distintas UBS.

Figura 5. Instrumentos de registro utilizados durante a realização do acolhimento em diferentes UBS.



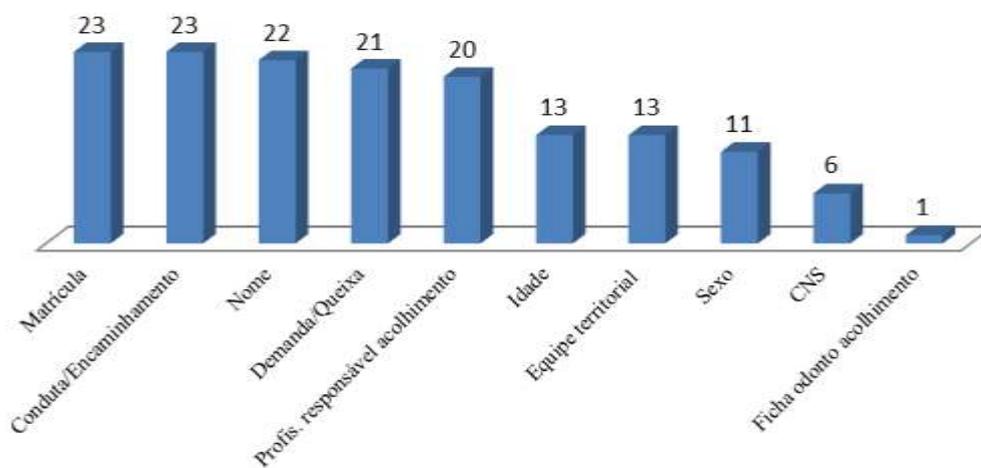
Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Imagens enviadas pelos coordenadores.

Na figura anterior se observam dois tipos de registro, um que apenas quantifica as queixas/necessidades apresentadas, sem identificação de usuário, equipe territorial responsável, dentre outros elementos, e outro com mais dados do atendimento, como identificação do usuário e equipe, possibilitando um acompanhamento das principais queixas pela equipe responsável. Porém, em nenhum dos instrumentos se observam dados sobre os encaminhamentos/ofertas a partir do atendimento.

Em relação aos **dados coletados** nos instrumentos durante a realização do acolhimento, as opções mais assinaladas foram matrícula, nome, demanda/queixa, conduta/encaminhamento e profissional responsável pelo acolhimento, conforme ilustrado no gráfico 11. A questão permitia assinalar uma ou mais opções.

Conforme ilustrado na figura 7 existe UBS que registra apenas uma informação, no caso a queixa e/ou necessidade apresentada no momento do acolhimento, inviabilizando a análise das necessidades dos usuários – e seu perfil - pela equipe responsável,

Gráfico 11. Distribuição dos dados coletados no acolhimento por frequência.



Adverte-se para os desafios na alimentação dos SIS, os quais serão apresentados nesta pesquisa. Incorporado o uso adequado desta ferramenta no processo de trabalho das equipes, é possível se obter todos esses dados/informações, individualizados, sem que se utilizem outros instrumentos, como livros, cadernos, planilhas, etc.

Quanto à **importância e utilização dos dados** coletados durante o acolhimento, os coordenadores os avaliaram com elevado grau de importância.

Destacam-se, na avaliação, os seguintes itens: (re)conhecimento do território; identificação das principais demandas; planejamento das agendas/ofertas; planejamento/diagnóstico da situação de saúde e vínculo/continuidade do cuidado.

Os itens destacados se apoiam nos resultados sobre os dados coletados durante o acolhimento e reforçam a preocupação com a integralidade e continuidade do cuidado. Os itens mais assinalados estão relacionados a identificação dos usuários – nome e matrícula –, à identificação das demandas/queixas, além das ofertas – conduta/encaminhamento. Quanto ao vínculo/continuidade o acolhimento é reforçado como espaço de diálogo entre usuários e profissionais/equipes.

5.2 CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE, GESTÃO PARTICIPATIVA E DIREITOS DOS USUÁRIOS

O modo de gerir a Saúde no município se transformou completamente a partir de 2009. O governo municipal assumiu o compromisso de garantir o diálogo entre os usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço para a definição da política municipal de saúde. Estava estabelecido um processo de gestão compartilhada com a sociedade, garantida com promulgação de Lei Ordinária municipal em agosto de 2009, a qual dispõe sobre o controle social e reorganiza o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Gestores de Saúde, com regimento interno do CMS aprovado e estabelecido por Decreto em junho de 2011 (SBC, 2011a).

Desde então, uma série de iniciativas foram desenvolvidas. Dentre elas, estão a reorganização do CMS, a realização de Conferências Municipais de Saúde e eleição dos Conselhos Gestores de Saúde a cada dois anos, cursos de capacitação para os conselheiros, encontros populares de saúde e a realização do Plano Plurianual Participativo (PPA-Participativo), além da criação da gerência de Controle Social e Gestão Participativa, responsável por impulsionar as políticas de gestão participativa fortalecer o controle social no SUS, buscando ampliar as ações de promoção da equidade, educação popular e mobilização social e garantir o apoio necessário ao trabalho do CMS e dos Conselhos Gestores de Saúde.

A implementação do serviço de Ouvidoria, como mais um canal aberto com a população, permite uma avaliação dos serviços a partir das demandas dos usuários na perspectiva de qualificação dos serviços prestados.

No que tange a cogestão, modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, destaca-se a criação dos diversos espaços democráticos de discussão e elaboração de estratégias e ações com participação de gestores e trabalhadores. Nestes espaços, realizados na lógica de EP, foram construídos compromissos e pactuações a partir de análises e avaliações efetivadas coletivamente.

Ao encontro do que propõe CAMPOS GWS (1998) sobre métodos de co-governar organizações de saúde, foram criados espaços colegiados nos diversos níveis de gestão, com mesa permanente de discussão, negociação e elaboração de estratégias, considerando os desejos, interesses e diversas instâncias de poder.

A seguir serão apresentados os espaços citados no questionário para que os coordenadores avaliassem sua utilização e importância na implantação do acolhimento.

- *Colegiado Pleno*: espaço com periodicidade mensal e participação de todos os gestores e apoiadores da rede de saúde municipal.
- *Colegiado do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado – DABGC*: espaço com periodicidade mensal e participação de todos os gestores e referências da Atenção Básica – AB nos territórios e dos apoiadores de rede.
- *Encontros de Educação Permanente – EP nos territórios*: espaço com periodicidade quinzenal e participação de gestores e trabalhadores de toda a SMS, com representantes de todos os departamentos, divididos entre os 9 territórios.
- *Encontros com consultor externo*⁸: espaço com periodicidade mensal e participação dos gestores e referências da AB nos territórios.
- *Especialização gestores (Gestão de Serviços Públicos de Saúde)*: realizado entre 2010 e 2012, contou com a participação dos gestores e apoiadores de rede.

Considerando os espaços utilizados em nível local, apresenta-se:

- *Reuniões gerais*: espaços de discussão, planejamento e avaliação nas UBS, para organização do processo de trabalho, com periodicidade mensal e participação de todos os trabalhadores da unidade.
- *Reuniões de equipe*: espaço de diálogo, discussão de casos, planejamento e construção de projetos terapêuticos pelas equipes de saúde das UBS; realizadas semanalmente (4/h semana) e com participação de todos os membros da equipe.
- *Reuniões técnicas*: espaços de discussão técnica, na UBS e fora dela, com a participação de profissionais de saúde e gestores.
- *Encontros com usuários (inclusive com CGL)*: espaços abertos de diálogo e disseminação de informações, em qualquer espaço do território, utilizados conforme necessidade. No caso das reuniões com CGL, ocorrem mensalmente e contam com a participação de gestores, trabalhadores e usuários.

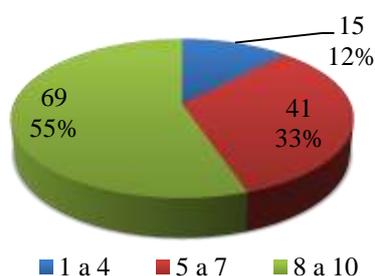
Para avaliar a dimensão da gestão participativa, cogestão e direitos dos usuários, os coordenadores assinalaram seu grau de satisfação sobre os espaços e a potência dos mesmos, na perspectiva de discussão, reflexão e comunicação com trabalhadores e usuários para implantação do acolhimento.

⁸ A SMS investiu no apoio de consultoria de profissionais e intelectuais da saúde com a finalidade de ampliar e qualificar as discussões acerca dos processos de trabalho na AB, a partir de uma visão externa à gestão municipal.

Os coordenadores avaliaram, numa escala de 1 a 10, os **espaços de gestão na discussão e planejamento da implantação do acolhimento**, sendo que 1 significa "totalmente insatisfatório" e 10 "totalmente satisfatório".

Os espaços avaliados foram: colegiado pleno, colegiado DABGC, encontros de EP no território, encontros com consultor externo e o curso de especialização de gestão. No conjunto, os espaços foram considerados muito satisfatórios, conforme ilustra o gráfico 12.

Gráfico 12. Distribuição do grau de satisfação em relação aos espaços de gestão na implantação do acolhimento.



Individualmente, destacam-se na avaliação dos coordenadores o curso de especialização dos gestores e os encontros de EP no território.

O Curso de Especialização propiciou ampla discussão sobre o tema, aprofundada por extensa leitura de textos e artigos voltados a reflexão e compreensão conceitual e apresentação de experiências de implantação. Durante o curso, foi possível ampliar os conhecimentos sobre acolhimento por meio da participação em seminários e oficinas em outros espaos acadêmicos, além de elaboração de propostas de arranjos e projetos aplicativos nos territórios, a partir da problematização do processo de trabalho nas unidades.

Os encontros de EP nos territórios foram considerados pela gestão uma continuidade do Curso de Especialização, pois foram realizados com o intuito de problematizar e superar as dificuldades dos servios na implementação dos novos jeitos de fazer, a partir da elaboração de estratégias e ações, porém agora com participação de trabalhadores.

Quanto aos **espaos e os modos de interação com os usuários/comunidade na implantação do acolhimento**, foram incluídas na elaboração do questionário as seguintes opções, com a possibilidade de citarem outras alternativas, caso desejassem: reuniões com CGL, encontros com a comunidade no território, visitas domiciliares dos ACS, durante as consultas e atendimentos na UBS e através de material informativo, como banner e folhetos.

Na avaliação se destacam o espaço das consultas e demais atendimentos na UBS, as reuniões com CGL e as visitas domiciliares dos ACS, assinaladas por 25, 24 e 23 coordenadores, respectivamente. A utilização de banner e folhetos foi assinalada por 14 coordenadores, enquanto que encontros com a comunidade no território foi assinalada por 10 coordenadores.

Apenas 2 coordenadores não assinalaram a opção reuniões com CGL, principal espaço local de participação social legalmente constituído nos serviços de saúde. Uma possível justificativa é o não comprometimento de alguns CGL com a UBS, citado em entrevista com a gestão central do DABGC, a seguir:

“O Conselho Gestor ainda é muito frágil (...) Apesar de formação, a gente vê que tem lugares que o Conselho Gestor não é atuante. Ele nem participa das reuniões. (...) onde ele é mais presente ele é fundamental para dar sustentabilidade. Onde de fato tem uma representatividade.”

Outros espaços e modos foram citados pelos coordenadores, uma vez cada um, conforme segue: orientações dos ACS e demais profissionais; sugestões escritas e em conversas entre usuários e profissionais nos diversos espaços; sugestões individuais da população; escuta realizada por médicos e enfermeiros num pré-acolhimento; reunião extraordinária com CGL antes e após implantação com lideranças do bairro; oficinas na Unidade; no cotidiano do serviço; recepção e grupos na UBS.

Verifica-se, a partir dos espaços citados, que as Unidades oportunizaram a interação dos usuários na implantação do acolhimento por meio dos diversos encontros entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde.

Quanto aos **espaços utilizados para reflexão e discussão**, junto aos trabalhadores e usuários, **sobre o processo de trabalho**, foram elencados cinco espaços para que os coordenadores avaliassem seu potencial: reuniões gerais; reuniões de equipe; reuniões técnicas; encontros de EP no território e encontros com usuários, incluindo CGL.

Na avaliação geral, revelou-se um alto grau de importância dos espaços. Avaliados individualmente se destacam previsivelmente, dentre os espaços, as reuniões de equipe, técnicas e gerais como os mais importantes para reflexão e discussão sobre o processo de trabalho.

Os resultados apenas evidenciam e destacam os espaços que possibilitam a participação dos trabalhadores de forma mais efetiva nas discussões sobre o processo de trabalho, realizadas no âmbito das equipes/UBS.

5.3 ACOLHIMENTO NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES

Os itens a seguir apresentarão os demais resultados dos questionários, dividindo-os a partir dos atributos da APS. Apesar da divisão na apresentação, é fundamental ressaltar a inter-relação entre eles, considerando que nenhum dos atributos responde às necessidades e desafios da AB isoladamente. Assim como o próprio acolhimento – ou à sua percepção – não podem, em hipótese alguma, serem considerados de forma isolada no processo mais amplo de mudanças perseguidas na gestão como um todo.

5.3.1 Acesso

Segundo a PNAB (2012), é diretriz da AB: “Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde”. Com isso, altera-se a lógica de organização dos serviços: ao invés de a AB ofertar ações restritas de acordo com os programas prioritários, espera-se que o serviço organize seu escopo de ações a partir das demandas e necessidades de saúde de sua população.

Buscando garantir a universalização do acesso, a gestão optou por ampliar o horário de funcionamento das UBS. Em São Bernardo do Campo as UBS funcionam das 7 às 19h e devem ser organizadas para acolher e atender a todos os usuários que procuram o serviço sem interrupção de suas atividades, sendo possível, quando necessário, a abertura da Unidade em dias e horários fora do expediente habitual. (SBC, 2015).

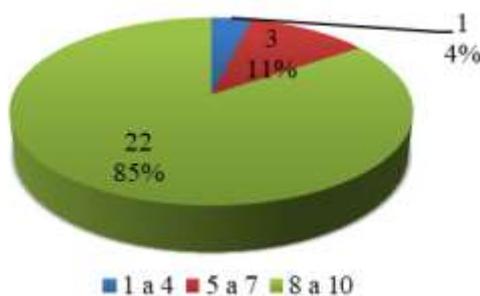
O crescimento da população e da demanda nos serviços públicos de saúde é um desafio enfrentado na AB, conforme dados dos SIS que serão apresentados.

Além disto, durante a expansão da ESF no município, algumas as equipes de saúde da família foram constituídas numa lógica ampliada, compostas por 1 médico generalista, 1 ou 2 enfermeiros, 2 a 4 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, 2 médicos para apoio matricial (pediatra, clínico ou ginecologista-obstetra), 6 a 12 ACS, além da ESF. Cada equipe é responsável por de 6 a 8 mil pessoas em seu território (SBC, 2015).

Os coordenadores apontam que a implantação do acolhimento ampliou e qualificou o acesso. A avaliação foi feita numa escala de 1 a 10, sendo 1 para “discordo totalmente” e 10 para “concordo totalmente”.

O gráfico a seguir ilustra o alto grau de concordância de 85% dos coordenadores em relação a qualificação do acesso a partir da implantação do acolhimento.

Gráfico 13. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação à qualificação do acesso.



A percepção, por parte dos coordenadores, que o acolhimento ampliou e qualificou o acesso ao serviço será aprofundada por meio da apresentação dos dados de cadastro e atendimentos informados nos SIS, além de dialogar com os demais atributos e dimensões da AB apresentados durante este trabalho. Neles, veremos que, apesar de identificadas necessidades de qualificação em alguns aspectos, nenhum resultado contradiz a afirmação sobre o acesso aqui apresentada.

Ressalta-se aqui, também, o acolhimento como importante dispositivo associado na garantia da equidade, priorizando casos com maior necessidade e urgência no atendimento.

Porém, quando se busca analisar o acolhimento como diretriz, na perspectiva de tecnologia do encontro, ainda se observam barreiras nestas relações. Durante as visitas às UBS, foram identificados aspectos que distanciam os usuários dos trabalhadores/serviço como, por exemplo, uma recepção apática à chegada do usuário.

Nas três unidades visitadas, o primeiro contato foi com os recepcionistas, pois não havia outro trabalhador para auxiliar no fluxo de entrada dos usuários, apesar de uma delas referir que utiliza o ACS neste papel – “orientador de fluxo”. Em duas das UBS, observou-se um claro distanciamento em relação às demandas apresentadas pelos usuários. Em uma delas, a recepcionista era questionada inúmeras vezes por um usuário sobre a necessidade de passar pelo acolhimento com uma enfermeira e não poder apenas agendar uma consulta médica. A

única resposta que a recepcionista lhe dava era: “Agora é assim. O senhor tem que passar primeiro com a enfermeira”.

Este distanciamento pode estar relacionado a diversos fatores, como o não envolvimento ou não compreensão do trabalhador em relação ao acolhimento; a sobrecarga de trabalho e/ou pressão dos usuários por atendimento e a falta de apoio da equipe num primeiro contato com o usuário no serviço, por exemplo.

5.3.2 Longitudinalidade

Segundo CUNHA e GIOVANELLA (2011), apesar de muitos autores utilizarem os termos longitudinalidade e continuidade com o mesmo significado, existe uma diferença importante entre os dois.

Enquanto que a continuidade do cuidado está relacionada ao acompanhamento do usuário durante o tratamento de um problema de saúde específico, sem a preocupação com o estabelecimento de um vínculo terapêutico, a longitudinalidade do cuidado está intimamente ligada à constituição de vínculos, já que se trata de um acompanhamento longitudinal, ou seja, ao longo do tempo, dos variados episódios que o usuário venha a apresentar. A longitudinalidade requer uma relação terapêutica pautada por corresponsabilização e confiança e o reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado pelo usuário. (CUNHA e GIOVANELLA, 2011).

Neste trabalho abordaremos este atributo considerando a contribuição do acolhimento nos diversos aspectos relacionados ao cuidado longitudinal, apresentados a seguir.

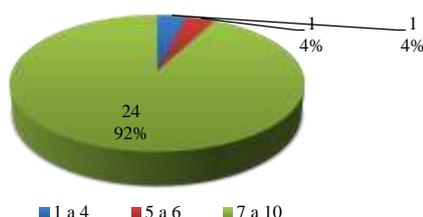
Considerando a escuta como componente primordial para a realização do acolhimento, o tempo utilizado impacta diretamente na qualidade do cuidado ofertado no momento. Na avaliação quanto ao **tempo de escuta**, 61% dos coordenadores concordam em alto grau que o tempo é adequado, porém, dos 26 coordenadores, 8 concordam parcialmente e 2 discordam que o tempo da escuta é adequado no momento do acolhimento.

O profissional/equipe do acolhimento trabalha com a responsabilidade de atender a todos que procuram o serviço por meio de demanda espontânea. A quantidade e característica das demandas definem o tempo que os profissionais podem dispendir para a escuta, lembrando que é no momento do acolhimento que as necessidades devem ser identificadas e as ofertas negociadas.

Neste sentido, considerando a ampliação do acesso proporcionada pelo acolhimento, as equipes devem (re)avaliar a todo momento o processo de trabalho relacionado ao atendimento a demanda espontânea, envolvendo toda a equipe no esforço de enfrentar este desafio.

No que se refere à contribuição do acolhimento para a **constituição e/ou fortalecimento do vínculo** do usuário com o serviço (usuário-profissional, usuário-equipe, usuário-UBS), fator fundamental para um cuidado longitudinal, verifica-se no gráfico seguinte um alto grau de concordância de 92% dos coordenadores, revelando a importância do dispositivo para a realização do cuidado.

Gráfico 14. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a contribuição para o vínculo ao serviço.

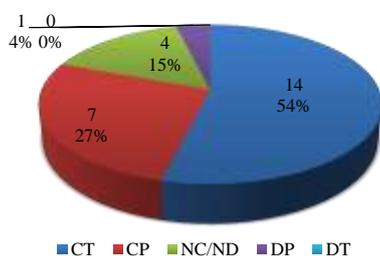


O fortalecimento de vínculo depende da relação estabelecida com o usuário no momento do acolhimento onde, por meio da escuta qualificada, valoriza-se o saber do usuário e se negocia as ofertas disponíveis, conquistando uma confiança e buscando garantir um cuidado longitudinal.

Importante destacar que esta relação dada no acolhimento pode ser ou estar fortalecida por meio da relação que o usuário estabelece com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), reconhecido com um promotor do elo entre as equipes e a comunidade. Por fazer parte da rede de relações sociais das famílias – morador do mesmo local – e conhecer a realidade local, possibilita uma melhor compreensão dos comportamentos e estrutura social daquela comunidade, fator fundamental para o cuidado. (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Nesta pesquisa, o vínculo também pode ser demonstrado na ampliação da participação dos usuários nas diversas ofertas de cuidado da unidade, em especial as atividades em grupo e coletivas realizadas por qualquer profissional de saúde da equipe, confirmadas no gráfico abaixo, o qual ilustra concordância total de 54% dos coordenadores.

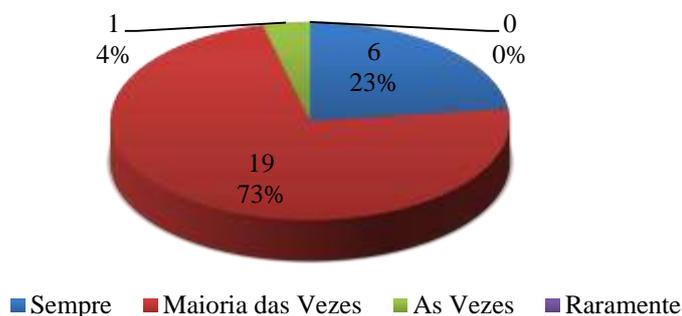
Gráfico 15. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a ampliação na participação dos usuários nas atividades em grupo/coletivas e demais ações.



Em relação à **corresponsabilização da equipe multiprofissional** nas diversas ações ofertadas a partir do acolhimento, verifica-se um grau de concordância elevado de 72% dos coordenadores. Apenas 1 coordenador discorda desta afirmação. Esta questão destaca a atuação da equipe interdisciplinar nos serviços, na perspectiva de ampliação dos olhares e saberes para as práticas de saúde, reforçando a importância da clínica ampliada.

Neste sentido, o acolhimento como diretriz do processo de trabalho propicia a comunicação – interligação - de todos os trabalhadores da Unidade, revelando relações que vão definindo as ofertas necessárias à produção do cuidado (FRANCO, 2006).

Gráfico 16. Distribuição quanto frequência em que as equipes conhecem os usuários de sua área de abrangência.



Em relação à frequência em que as equipes conhecem os usuários de sua área de abrangência, os números ilustrados no gráfico acima mostram um resultado positivo, considerando o crescimento da demanda nos serviços e a particularidade das equipes

ampliadas constituídas no município, com elevado número de famílias sob sua responsabilidade.

Segundo estimativa a partir de dados do IBGE, algumas UBS do município contam com uma população aproximada de 40.000 pessoas⁹. Porém, no sistema Hygia, estas mesmas UBS contabilizam de 50.000 a 70.000 usuários residentes com cadastros ativos em 2017. A realidade do território vivo não permite quantificar de forma categórica sua população.

O processo de territorialização, realizado em São Bernardo do Campo a partir de 2010, revelou a pluralidade de territórios, com áreas de ocupação antigas e recentes, especialmente em regiões de represa e mananciais (SBC, 2013a). Nestas áreas é possível identificar um movimento mais intenso, com invasão e evasão de pessoas e famílias, que migram para o município a procura de uma melhor condição de vida ou até mesmo em busca de um tratamento público de saúde, já que o município vem se destacando no setor ao longo do tempo.

O fortalecimento dos vínculos por meio do acolhimento, reconhecido na avaliação dos coordenadores, propicia uma aproximação entre usuários e trabalhadores/equipes e uma possibilidade de maior reconhecimento dos usuários da área de abrangência pelas equipes.

Questionados quanto à frequência em que os **atendimentos aos usuários, nas demandas espontâneas, são realizados por profissionais da equipe de referência**, 15% dos coordenadores respondeu que sempre são atendidos e 50% respondeu que são na maioria das vezes.

Conforme apresentado anteriormente, a maioria dos arranjos conta com acolhimento geral e realizado pela equipe de enfermagem. Apenas o acolhimento por equipe e/ou acesso avançado possibilitam o atendimento apenas pelos profissionais da equipe de referência.

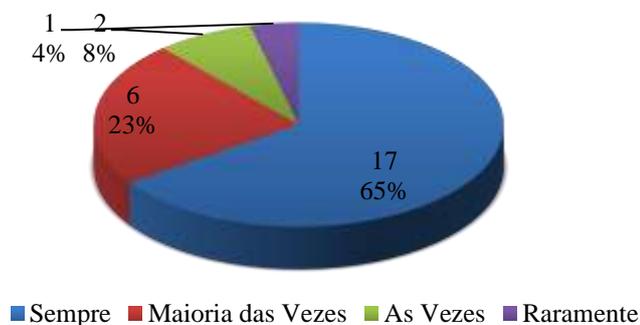
No caso dos demais atendimentos, após realização do acolhimento, são realizados preferencialmente pelo profissional da equipe de referência. Porém, isto depende do número de vagas disponíveis na agenda e disponibilidade do profissional no momento do surgimento da demanda.

No que diz respeito aos atendimentos aos usuários, nas consultas agendadas, por profissionais da equipe de referência, o resultado é ilustrado no gráfico abaixo. Reforça-se também, nesta questão, a importância do estabelecimento e manutenção do vínculo entre

⁹ Cálculo de população estimada para o ano de 2012, por UBS, realizado pela Secretaria de Orçamento e Planejamento Participativo – SOPP do município de São Bernardo do Campo.

usuários e profissionais/equipes, sendo fundamental a continuidade do cuidado pela equipe de referência.

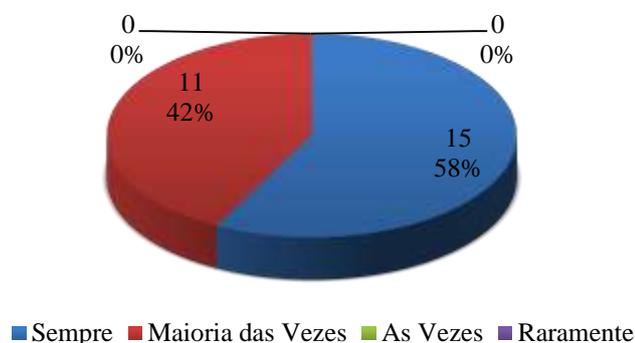
Gráfico 17. Distribuição quanto frequência do atendimento aos usuários, nas consultas agendadas, pelos profissionais da equipe de referência.



O adequado planejamento das agendas, a partir do reconhecimento do perfil e necessidades do território, permite o atendimento e acompanhamento dos usuários da área de abrangência das equipes. Para que isto seja possível, as equipes e o coordenador da UBS devem estar atentos às mudanças no território que influenciem nas características epidemiológicas da região.

A falta de planejamento e a elevada demanda em alguns territórios podem dificultar este acompanhamento, impactando também na continuidade do cuidado pela equipe/UBS de referência, conforme ilustrado no gráfico seguinte.

Gráfico 18. Distribuição quanto à frequência da garantia de retorno dos usuários para continuidade do cuidado na UBS.



O cuidado longitudinal apenas é efetivado quando as equipes/UBS conseguem ofertar serviços a partir da compreensão e tradução das necessidades dos usuários, nos espaços de encontros e negociações. Nesta questão, abordou-se apenas o retorno na própria UBS que,

segundo 42% dos coordenadores, nem sempre é garantido. Este problema pode estar diretamente relacionado a entraves citados pelos coordenadores, como o crescimento populacional, demanda elevada e equipe incompleta, por exemplo.

Novamente, destaca-se a necessidade de manter e reforçar espaços permanentes de discussão em que as equipes possam trazer à tona suas dificuldades e, com apoio da gestão, enfrentar os entraves e desafios encontrados no cotidiano no trabalho.

5.3.3 Integralidade

Retomando o princípio da integralidade, MATTOS (2004) reforça a dimensão da capacidade dos profissionais de responder às demandas dos usuários buscando reconhecer as necessidades mais silenciosas, não manifestadas no momento do acolhimento.

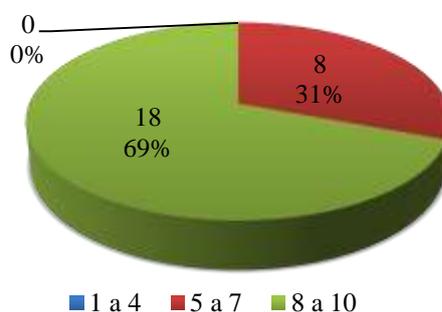
De acordo com as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, AB tem, entre suas funções essenciais, a de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (MS, 2010c).

Diante disto, é fundamental apreender, coletivamente, as necessidades dos usuários e, ao elaborar um projeto terapêutico, reunir ações de assistência e voltadas para a prevenção de possíveis sofrimentos futuros, ampliando a capacidade de resolubilidade da AB.

Neste sentido, ressalta-se a ideia da clínica ampliada, onde todos os profissionais que atuam nos serviços estejam dispostos a escutar atentamente às demandas e, a partir dos diferentes olhares e da troca de saberes, elaborem um cardápio de ofertas que possibilite a prática da integralidade no cotidiano dos serviços (MATTOS, 2004).

Neste trabalho, a integralidade foi abordada por meio de aspectos como resolubilidade, participação da equipe multiprofissional, ampliação do cardápio de ofertas, conforme se verifica nos gráficos 19, 20 e 21, além de importância e utilização dos dados coletados no acolhimento para realização de ações e estratégias no serviço.

Gráfico 19. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação à resolubilidade do acolhimento.

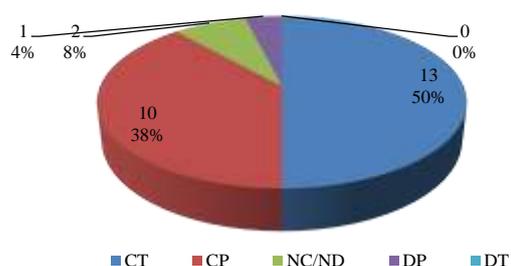


A resolubilidade está intimamente relacionada a aspectos como escuta qualificada, ampliação/qualificação das ofertas de cuidado e garantia de acesso para a continuidade do cuidado.

Apesar dos coordenadores avaliarem que o tempo de escuta nem sempre é adequado para o cuidado no momento do acolhimento, verifica-se um alto grau de concordância de 69% dos coordenadores quanto à resolubilidade do acolhimento. Porém, em relação à continuidade do cuidado na UBS, vimos que nem sempre é efetivada.

No que se refere ao cardápio de ofertas o resultado abaixo ilustra a total concordância de 50% dos coordenadores quanto à sua ampliação a partir do acolhimento.

Gráfico 20. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação ao impacto do acolhimento no cardápio de ofertas da UBS.

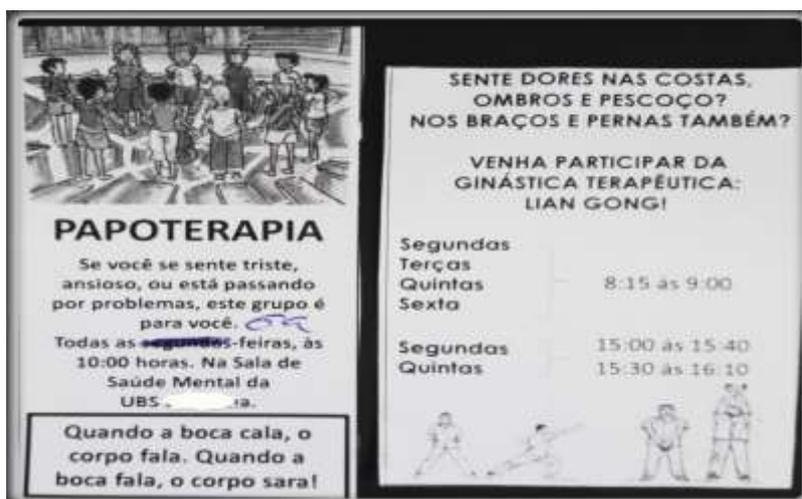


Reforça-se também, neste resultado, a ampliação na participação dos usuários nos grupos, atividades coletivas e demais ações ofertadas pelos serviços, a qual será confirmada por meio dos dados de produção das unidades.

Verifica-se, nos dados coletados durante visitas nas UBS, uma diversidade de atividades ofertadas, revelando a disponibilidade e criatividade das equipes na elaboração das ofertas.

A figura abaixo ilustra duas atividades abertas a população divulgadas durante realização do acolhimento em uma das UBS.

Figura 6. Material elaborado pela equipe de uma UBS para divulgação, no acolhimento, de atividades em grupo realizadas na unidade.



Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Fotos realizadas durante visita a UBS em set/2017.

Além da “Papoterapia” e da prática de Lian Gong, as UBS visitadas possuem um cardápio de ofertas abrangente a necessidades diversas:

- Grupos de mulheres / homens / adolescentes / idosos
- Planejamento familiar / gestantes
- Programa Odontológico Materno Infantil – PROMI
- Grupo de redução de benzodiazepínicos
- Grupo de tabagismo
- De Bem com a Vida (atividade intersectorial)
- De Bem com a Vidinha (público alvo: crianças e seus responsáveis)
- Dança Cigana
- Caminhada
- Cuidar Mais (pessoas com dor crônica)

- Horta em casa e vida saudável (figura 7)

Verifica-se, dentre as atividades ofertadas, práticas reconhecidas como de apoio social, como os grupos abertos a homens, mulheres, adolescentes e idosos, de bem com a vida, dança cigana e horta em casa. Estas práticas possibilitam apoio no enfrentamento dos problemas por meio de relações de cooperação e solidariedade, reforçando as relações de confiança e vínculo entre usuários e profissionais/serviço. No exercício da prática, os profissionais se utilizam de dons e conhecimentos apoiando – socialmente e emocionalmente - os usuários. A elaboração das práticas deve ser baseada no reconhecimento das necessidades da população/território (LACERDA e VALLA in PINHEIRO et al., 2013).

No entanto, algumas atividades estão diretamente relacionadas a atuação de um profissional e, caso este profissional se ausente daquela unidade, a atividade corre o risco de não mais existir, fato confirmado em conversa com um dos coordenadores durante a pesquisa. Na ocasião, a UBS/equipe estava em luto com a transferência de uma psicóloga, principal responsável por diversas atividades na unidade, comunidade e escolas do bairro.

Figura 7. Grupo “Horta em casa e vida saudável” realizado por uma enfermeira em uma das UBS.

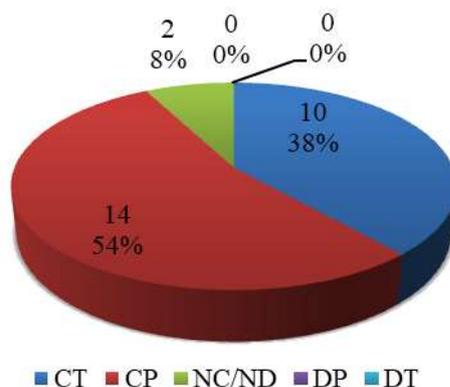


Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Fotos realizadas durante visita a UBS em set/2017.

Apesar de algumas atividades contarem com participação de equipe multiprofissional, como enfermeiros, dentistas, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e farmacêuticos, quando pensamos na integralidade a partir dos múltiplos olhares da equipe de saúde, verifica-

se, na avaliação dos coordenadores, conforme gráfico 21, a necessidade de reforçar a atuação interdisciplinar, com maior envolvimento de toda a equipe nas atividades ofertadas pelo serviço, garantindo a continuidade das ações.

Gráfico 21. Distribuição quanto ao grau de concordância em relação a participação da equipe multidisciplinar no cuidado ao usuário.



A PNH insere a proposta da clínica ampliada como uma forma de expandir a capacidade das equipes de cuidar dos usuários e da população. A partir da valorização das diversas abordagens disciplinares é possível elaborar projetos terapêuticos considerando a complexidade das necessidades dos usuários, que podem ser apresentadas em aspectos biológicos, sociais, psicológicos (MS, 2009a).

Não se pode negar a inclusão da equipe multiprofissional nas ações das unidades, a qual será confirmada com os dados dos SIS. Sabe-se, também, que diversas atividades desenvolvidas pelas equipes não aparecem nos números dos SIS. Porém, na avaliação dos coordenadores, é possível que exista uma expectativa de ampliação desta participação, o que também depende de uma reorganização dos serviços, com melhor planejamento das agendas e fluxos da Unidade.

Esta lacuna é reforçada pela gestão central quando refere à possibilidade de aumentar a capacidade de resolubilidade da AB a partir de um cardápio de ofertas que conte com a atuação mais expressiva de uma equipe multiprofissional.

“Eu acho que aqui em São Bernardo poderia avançar mais (...) para de fato a demanda ser mais resolvida com outras ofertas, ampliar a capacidade de ofertas das unidades, a gente precisaria de uma equipe mais multidisciplinar, de mais profissionais (...)” (gestão central)

Outro fator que reforça as iniciativas para alcançar a integralidade se refere ao resultado da avaliação dos coordenadores sobre a importância e utilização dos dados coletados durante a realização do acolhimento, questão que destaca positivamente quatro aspectos, no sentido de qualificar as ofertas e o cuidado em saúde: o (re)conhecimento do território; a identificação das principais demandas; o planejamento das agendas/ofertas e o diagnóstico da situação de saúde. Quanto à elaboração de projeto terapêutico, observou-se a necessidade de reforçar a capacidade das equipes multidisciplinares de discutir os casos levando em consideração as demandas apresentadas a partir do acolhimento.

5.3.4 Coordenação do cuidado

De acordo com a PNAB, a AB deve coordenar o cuidado dos indivíduos e populações, por meio da “integração e articulação de ações que envolvam a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, manejando as diversas tecnologias de cuidado necessárias, por meio de clínica ampliada e na lógica do cuidado em rede” (MS, 2012).

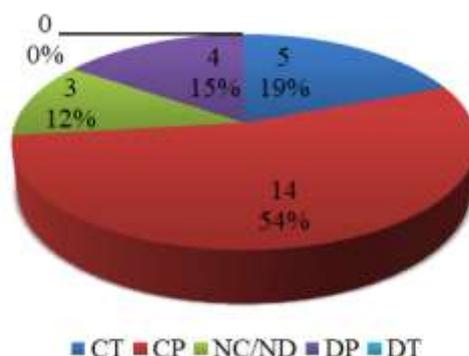
Reforça-se a atribuição da AB na organização das ações orientadas a partir das necessidades dos usuários. Neste sentido, deve possuir um cardápio de ofertas, para além das consultas médicas, buscando ampliar a qualidade de vida da população e evitar encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção. Para isto, é imprescindível a participação de todos os profissionais da equipe nas atividades que promovam a qualificação das ações no âmbito da AB.

Como atributo, a coordenação é fundamental para responder aos problemas de saúde da população de forma integral.

Caso seja necessária a utilização de outros serviços de saúde, a AB deve contar com uma rede estruturada e comprometida com a continuidade do cuidado e, por meio de uma gestão compartilhada, monitorar o caminho de seus usuários nos diferentes pontos de atenção.

A seguir serão apresentados os resultados do questionário sobre a articulação em rede em relação às expectativas da AB, ilustrada no gráfico seguinte, e a contribuição do acolhimento no tempo de resposta dos serviços, além da avaliação dos coordenadores quanto à importância e utilização dos dados do acolhimento para a identificação das principais demandas; na relação com serviços da Atenção Especializada; na realização e participação em ações intersetoriais e no planejamento de ações locais de educação permanente.

Gráfico 22. Distribuição quanto ao grau de concordância no que se refere à resposta da articulação em rede às expectativas da Atenção Básica.



Alguns dos desafios enfrentados com a ampliação da rede e a mudança do modelo de atenção são: a capacidade de resolubilidade dos médicos das equipes de saúde da família, habituados a atender em suas especialidades específicas antes de compor a ESF, a fixação de médicos, inclusive especialistas, nos serviços de saúde - os salários e a carga horária a ser cumprida não são atrativos para estes profissionais – além da compreensão dos profissionais sobre novos modos de fazer na saúde.

Importante reforçar que, para que a AB se constitua com coordenadora do cuidado, é necessário a constituição de uma rede altamente inter-relacionada e articulada, mantendo um processo cotidiano de pactuações entre as equipes de saúde.

“(...) a Política da Atenção Básica coloca este peso para a AB, dela ser a ordenadora da rede, coordenadora do cuidado, mas que não é uma tarefa fácil, à medida que não depende só da AB, mas de toda uma articulação com os outros pontos da rede” (gestão central).

Um dos principais espaços de construção de relações e pactuações entre as equipes e serviços são os encontros de EP dos territórios, com participação de trabalhadores e gestores dos diversos serviços que constituem a rede, além de profissionais dos departamentos Administrativo e de Apoio à Gestão do SUS. Neste espaço são discutidos temas em repercussão nos territórios e as pautas são elaboradas coletivamente, de acordo com as necessidades levantadas pelos participantes.

A figura 8 representa uma rede sustentada pela relação de compromisso e responsabilização de todos os profissionais e serviços no cuidado com os usuários, reconhecendo e enfrentando os desafios no cotidiano.

Figura 8. Atividade lúdica durante encontro de EP em um dos territórios, no qual se discutia o cuidado às pessoas em situação de rua e profissionais do sexo.



Extraída de: Arquivo pessoal da pesquisadora.
Fotos realizadas durante encontro em jul/2015.

Na avaliação dos coordenadores é possível que estejam suscitados aspectos como falta de vagas/profissionais, demora no tempo de espera para uma consulta especializada, dificuldade no atendimento em saúde mental, assim como um possível distanciamento dos demais serviços da rede em relação aos desafios enfrentados pela AB, em especial as necessidades identificadas durante o acolhimento à demanda espontânea.

Mesmo com as diversas iniciativas de aproximar os serviços e promover uma rede capaz de realizar um cuidado continuado com responsabilização conjunta de todos os níveis de atenção, ainda se observa, pelos resultados, que existem possíveis falhas e/ou o anseio por melhores resultados nestas relações.

Ainda assim, 61% dos coordenadores avaliam em elevado grau de concordância que o acolhimento contribui para o **tempo de resposta dos serviços a partir do acolhimento**.

O objetivo desta questão foi abordar aspectos concretos sobre o tempo de resposta dos demais serviços que contribuam para a continuidade do cuidado, como espera para realização de exames, consultas e tratamentos, por exemplo.

Aqui, possivelmente o acolhimento é entendido como um rizoma, capaz de conectar usuários, trabalhadores, equipes e outros serviços da rede definindo, com alto de grau de liberdade, os atos necessários à produção do cuidado. É neste processo do trabalho vivo em ato que é possível criar, transformar as ações nos serviços de saúde. (FRANCO, 2006 e

MERHY, 2002 in FRANCO, 2006). Neste sentido, o acolhimento e a equipe nele envolvida demonstram capacidade de resolubilidade, corresponsabilizando-se e buscando respostas para o cuidado dos usuários por ela atendidos.

Quando questionados sobre a **importância e utilização dos dados do acolhimento** em aspectos que contribuam para a integralidade, abordando os itens: identificação das principais demandas; relação com serviços da Atenção Especializada; realização e participação em ações intersetoriais e planejamento de ações locais de educação permanente, constatou-se, no geral, uma avaliação positiva.

Porém, dentre todos os itens abordados na questão, envolvendo outros aspectos, observa-se a necessidade de reforçar as iniciativas no que diz respeito a relação com a Atenção Especializada, às ações intersetoriais e às ações de educação permanente em âmbito local.

A lacuna em relação à Atenção Especializada é confirmada na fala da gestão central, conforme segue.

“Para a Atenção Especializada eu já acho que ainda é mais difícil. As UBS ainda ficam às vezes com a batata quente na mão e não sabem o que fazer com ela. (...) apesar de alguns movimentos que começaram depois da implantação da Policlínica, ainda não tem uma porta de escuta, ampliada”. (gestão central)

A necessidade de apoio matricial aos médicos da ESF a fim de diminuir encaminhamentos desnecessários também é reforçada.

“Quando a gente conversa com as equipes, com os médicos de saúde da família, sobre qual o dispositivo que ele acha importante, é o matriciamento, porque aumenta a capacidade de resolução da AB à partir do momento que dá mais apoio e segurança para esse médico. (...) muitas vezes encaminha para o especialista porque não sabe lidar com o problema, aumentando a demanda da atenção especializada” (gestão central)

Diante de todas as responsabilidades e atribuições da AB, destaca-se o desafio coordenar o cuidado buscando alcançar a integralidade. Este desafio é reforçado pelas mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com crescente prevalência de doenças crônicas e a persistência de doenças infectocontagiosas e corroborado pelos dados dos SIS sobre internações por causas sensíveis à AB, por exemplo.

Articular os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, em busca do alcance de um objetivo comum, requer ampla disponibilidade de uma rede estruturada e

alteridade na relação entre todos os sujeitos envolvidos nas práticas de cuidado, a partir do reconhecimento dos limites e possibilidades da AB.

5.4 INFORMAÇÃO EM SAÚDE: EXPRESSANDO AÇÕES E INICIATIVAS

Os Sistemas de Informação em Saúde - SIS são instrumentos padronizados de monitoramento, cujo mecanismo de coleta e processamento de dados e análise e transmissão da informação possibilitam analisar e melhor compreender importantes problemas de saúde da população, subsidiando a tomada de decisões, baseada em evidências, nos diferentes níveis de atenção e gestão.

No âmbito do SUS, o registro sistemático de dados se iniciou em 1975, com o desenvolvimento do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)¹⁰, o qual unificou dezenas de instrumentos utilizados para coletar dados sobre mortalidade no país (MORAES, 1994). Na década de 1990, com a implementação do e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), foi possível iniciar a captação dos dados de nascimento em todo território nacional.

Ao longo do tempo, os avanços no controle das doenças e a melhor compreensão do conceito de saúde e seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões, medidas por dados de morbidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros, disponibilizados por dezenas de SIS desenvolvidos pelo MS e utilizados pelos estados e municípios. (DATASUS/MS).

Para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas em dada realidade são desenvolvidos indicadores. Se gerados de forma correta e regular e disponibilizados em tempo oportuno, os indicadores são instrumentos de suma importância para a avaliação da situação de saúde, na atenção e na gestão, viabilizando um planejamento mais adequado das ações, ajustadas às necessidades de saúde de determinada população.

Pois bem, não há como negar a importância dos SIS e suas possibilidades na qualificação das ações na atenção e gestão. Porém, estes apenas têm validade se houver uma compreensão sobre seu uso. Seus usuários devem ser capazes de significá-lo, ou seja, avaliá-lo e julgá-lo pelas suas funções, relações e aplicações em determinada realidade e no contexto

¹⁰ No mesmo ano, ocorreu a 1ª Reunião Nacional sobre Sistemas de Informação em Saúde, em Brasília, coordenada pelo doutor José da Rocha Carneiro e com participação de representantes do MS, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Fundação Oswaldo Cruz, dentre outros. O evento elevou as discussões sobre os SIS, em toda sua complexidade, e culminou em importantes estratégias para o desenvolvimento e consolidação dos SIS como ferramenta fundamental para o planejamento e tomada de decisão no setor (MORAES, 1994).

sócio-econômico-político em que são estruturados (MORAES, 1994). Para tanto, é preciso que o uso dos SIS se caracterize no trabalho cotidiano das equipes de saúde e dos gestores como um processo cultural para o planejamento das ações em saúde.

Diante disto, ressalta-se que a informação em saúde “tem como esfera de intervenção tanto a consciência subjetiva do cidadão e o exercício do controle social, quanto o atendimento às complexas estratégias de decisão do gestor público de saúde, de desenvolvimento técnico-científico e de articulação da saúde com as demais políticas sociais e econômicas do país” (MS, 2016). Assim, a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, na perspectiva da justiça social inerente ao SUS, contribuindo para eliminação da desigualdade social e para a efetividade das ações de atenção e gestão (MORAES, 2002).

Além da competência, segundo a PNAB (MS, 2012), sobre a alimentação, análise e verificação da qualidade e da consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, a SMS deve elaborar iniciativas de divulgação e apropriação da informação pelos diversos atores envolvidos na sua produção – trabalhadores, gestores e usuários - ampliando espaços estratégicos de interlocução em torno da informação em saúde, reforçando seu aspecto democrático (MORAES, 2002).

Diante do exposto e considerando a conhecida relativa deficiência profissional nesse tema, a equipe de gestão da AB em São Bernardo do Campo se empenhou, nos últimos oito anos, na elaboração de instrumentos que estimulasse as equipes a monitorar, avaliar e planejar seu processo de trabalho, pautadas nas informações por elas produzidas. Para isto, foram utilizados e criados diversos espaços de discussão que possibilitassem a sensibilização dos profissionais, apoiando-os na busca pela qualificação e utilização das informações em seu cotidiano dos serviços. Desta forma, buscou-se o envolvimento dos diversos atores a fim de motivá-los na apropriação e análise de resultados de seu próprio trabalho, contribuindo para fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos.

Destaca-se que, nos últimos anos, houve amplo investimento na informatização de toda a rede de saúde municipal. Atualmente, os serviços contam com rede dotada de infovia¹¹ e computadores em todas as salas e consultórios.

¹¹ Infovia é uma rede de comunicação, de alto desempenho e disponibilidade, formada por cabos de fibra óptica que transmite dados entre os dispositivos nela conectados,

Porém, diversos entraves e desafios prejudicam este processo. Um aspecto comum a todos os SIS é a existência de limitações quantitativas e qualitativas em sua operacionalização.

A criação, pela esfera federal, de diversos SIS e sua heterogeneidade ocasionam retrabalho e desmotivação das equipes que, ao se verem no complexo processo de trabalho da AB, em todas as suas atribuições, são obrigadas a alimentarem variadas bases de dados durante o tempo dispendido para a assistência dos usuários nos diversos tipos de atendimento e espaços de cuidado na UBS e fora dela.

A deficiência profissional no tema aliada aos entraves gerados pelo próprio processo de utilização dos SIS reduzem a capacidade de análise dos dados e dificultam um processo de tomada de decisão subsidiado pela informação. A subnotificação dos dados e o registro incorreto dos procedimentos são alguns dos principais problemas encontrados nos SIS.

No que diz respeito ao monitoramento e avaliação de ações pautadas na humanização do atendimento, o Núcleo Técnico da PNH, reforça a necessidade da escolha de indicadores relacionados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais e indicativos de desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes, reforçando o princípio de indissociabilidade entre atenção e gestão. Ressalta-se que são as próprias mudanças desejadas nos modelos de atenção e gestão que devem orientar as mudanças na forma de lidar com a informação e avaliação (MS, 2009b).

Neste capítulo, serão apresentados dados dos SIS que possibilitem uma breve análise de alguns indicadores, nos anos de 2009 a 2016, escolhidos na tentativa de revelar a evolução da AB, com foco nas dimensões discutidas acerca do tema desta pesquisa. No decorrer do trabalho, servirão para discussão sobre a associação das ações e suas repercussões/efeitos.

Destaca-se que a intenção aqui não é aprofundar discussão sobre monitoramento ou avaliação, mas unicamente destacar alguns indicadores referentes ao acompanhamento das ações e eventuais resultados e impactos associados.

A escolha dos dados e indicadores foi baseada na proposta apresentada pelo Núcleo Técnico da PNH. Neste documento, o acolhimento aparece como um dispositivo associado à garantia do acesso, integralidade e resolubilidade (MS, 2009b). No entanto, entende-se que, como um dos principais dispositivos na reorganização dos serviços, seja decisivo na qualificação dos processos de trabalho e na mudança do modelo de atenção, refletindo nos diversos indicadores de saúde relacionados aos diversos níveis de atenção.

Os dados e indicadores apresentados a seguir foram extraídos dos seguintes SIS: SCNES, SIASUS, SINASC, SIM, SIHSUS e Sistema Hygia (sistema próprio de gestão da saúde municipal).

Vale destacar que alguns processos refletiram na alimentação dos SIS e, conseqüentemente, na análise dos dados e indicadores em São Bernardo do Campo. Em relação à AB, um dos principais problemas foi a implantação do e-SUS AB¹², em agosto de 2015, gerando um retrabalho por parte dos profissionais, os quais tiveram que alimentar dois sistemas para o registro de seus atendimentos e atividades. Este processo fez com que muitos profissionais deixassem de alimentar um dos dois sistemas, resultando na subnotificação dos dados, que será observada nos quadros que ilustram os números de procedimentos.

5.4.1 Profissionais na Atenção Básica

Inicialmente, serão apresentados no quadro seguinte os dados sobre o número de profissionais com cargos/funções assistenciais e de recepção, lotados nas UBS, nos anos de 2009 a 2016.

¹² Com a implantação do e-SUS, AB – obrigatória pelo MS – esforços foram concentrados pelas equipes da AB e dos SIS para que os dados fossem alimentados apenas por meio do sistema próprio de gestão da saúde, o Hygia - cujos dados são importados no SIASUS – garantindo a interligação dos dados nos diversos serviços que utilizam o sistema. Porém, aspectos técnicos e operacionais dificultaram a efetivação deste processo, fazendo com que os profissionais mantivessem a alimentação dos dois sistemas.

Quadro 2. Evolução no quadro de profissionais nas UBS, nos anos de 2009 a 2016.

CARGO/FUNÇÃO	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MÉDICOS	223	226	241	262	271	277	262	257
Médico da ESF	24	45	66	117	143	161	166	163
Médico Clínico	59	48	45	35	31	26	26	26
Médico Ginecologista e Obstetra	60	60	55	43	36	34	30	29
Médico Pediatra	77	64	57	46	39	34	31	28
Médico Psiquiatra	0	5	13	18	21	21	8	10
Outras especialidades médicas	3	4	5	3	1	1	1	1
ENFERMEIROS	75	114	145	154	154	165	152	155
Enfermeiro	39	41	33	28	20	12	10	12
Enfermeiro da Estratégia de ACS	15	27	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro da ESF	21	46	112	126	134	153	142	143
TÉCNICOS E AUX. DE ENFERMAGEM	295	308	304	332	324	335	325	316
Técnico de Enfermagem	8	14	13	24	27	24	17	13
Técnico de Enfermagem da ESF	0	3	17	38	48	92	119	136
Auxiliar de Enfermagem	247	209	139	116	91	50	45	35
Auxiliar de Enfermagem da ESF	40	82	135	154	158	169	144	132
CIRURGIÕES DENTISTAS	58	49	57	67	80	92	108	98
Cirurgião Dentista	58	49	30	19	14	13	17	6
Cirurgião Dentista da ESF	0	0	27	48	66	79	91	92
TÉCNICOS E AUX. EM SAÚDE BUCAL	0	5	26	79	116	149	145	140
Técnico em Saúde Bucal da ESF	0	0	2	31	52	66	65	67
Auxiliar em Saúde Bucal da ESF	0	5	24	48	64	83	80	73
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	304	893	1064	974	1058	986	819	781
OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (com registro de atendimentos/procedimentos no SIASUS)	36	80	85	109	119	141	107	100
Farmacêutico	10	31	32	32	31	34	30	30
Psicólogo	10	25	26	41	48	59	44	42
Assistente Social	11	12	15	20	19	21	16	16
Fonoaudiólogo	5	8	8	11	11	14	11	7
Nutricionista	0	4	4	5	10	13	6	5
OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (sem registro de atendimentos/procedimentos no SIASUS)	0	10	10	23	26	29	25	30
Fisioterapeuta	0	0	1	11	13	14	9	12
Profissional de Educação Física na Saúde	0	0	0	0	9	9	8	9
Sanitarista	0	0	0	0	0	1	1	4
Terapeuta Ocupacional	0	5	4	4	4	5	7	5
Avaliador Físico	0	5	5	8	0	0	0	0
Agente de Combate a Endemias	0	19	21	32	33	34	32	31
Auxiliar de Farmácia	6	12	17	35	41	56	51	58
Educador Social	0	0	0	0	18	19	22	23
Recepcionista	0	3	4	19	91	123	129	151

Fonte: SCNES - base municipal (ref. competência dezembro dos referidos anos)

Os dados acima revelam nitidamente um importante investimento na reorientação para a ESF, especialmente na contratação de enfermeiros, ACS, equipe de saúde bucal e outras categorias de nível superior, corroborando a proposta municipal para a AB, expandindo as equipes e valorizando a clínica ampliada, com atuação multiprofissional.

Importante ressaltar, a partir dos dados, a ampliação de profissionais da área de Saúde Mental na AB, assim como a importante ampliação da Saúde Bucal, anteriormente muito deficiente nas UBS.

Quanto aos recepcionistas, houve contratação ao longo dos anos, porém os dados no SCNES não revelam a realidade da AB, especialmente entre os anos 2009 e 2013, período em que nem todos os trabalhadores estavam cadastrados no sistema.

Espera-se, com a contratação de profissionais e ampliação das equipes, um aumento no número de atendimentos e procedimentos realizados na AB, revelando, principalmente, a ampliação do acesso dos usuários aos serviços.

5.4.2 Procedimentos realizados

Ao apresentar números referentes aos atendimentos, é importante ressaltar que permitem quantificar os resultados de ações, medindo somente um aspecto da qualidade, a realidade aparente, e isso pode fazer com que a análise pura e simples dos números, muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade. Portanto, posteriormente, faz-se uma comparação com outros dados e informações, permitindo uma melhor avaliação das ações, considerando o contexto do local (MS, 2009b).

Reforça-se aqui, também, o problema com a qualidade na coleta e alimentação dos dados pelos profissionais nos serviços de saúde, seja pelo não registro, seja pela não compreensão quanto ao conceito de cada procedimento, muitas vezes não revelando a realidade sobre os atendimentos.

Os dados a seguir, no quadro 3, foram consultados no SIASUS. Apenas o procedimento acolhimento a demanda espontânea foi consultado diretamente no Sistema Hygia, pois não havia este procedimento no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS – SIGTAP até a competência abril de 2016.

Quadro 3. Número de procedimentos realizados pelos profissionais da AB nos anos de 2009 a 2016; recorte para atividades em grupo, consultas e acolhimento.

PROCEDIMENTOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ATIVIDADES EM GRUPO	6233	5916	6720	21045	26922	18347	24692	35888
Atividade educativa/ Orientação em grupo na AB	5651	5453	5602	20582	25298	18174	24284	35390
Práticas corporais/ Atividade física em grupo	582	463	1118	463	1624	173	408	498
CONSULTAS MÉDICAS E DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR	577114	581679	652905	707949	646018	718345	722298	703320
Consulta médica na AB	502556	494967	521572	531732	496801	542797	515566	494655
Consulta médica em Atenção Especializada (psiquiatras)	2672	15478	24240	24430	16773	14796	12423	10243
Consulta de profissional de nível superior na AB (exceto médico)	71625	71234	107093	151787	132444	160752	194309	198422
ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	34899	24680	30371	39002	41279	44177	46508	58511
Atendimento de urgência em AB	34003	23805	29102	37480	39561	42202	44988	58203
Atendimento de urgência em AB com observação até 8 horas	467	542	910	1209	1290	1540	1248	225
Atendimento de urgência em AB com remoção	429	333	359	313	428	435	272	83
ATENDIMENTOS EM SAÚDE BUCAL	39662	41543	48857	50094	52820	64484	82554	103154
Ação coletiva de exame bucal c/ finalidade epidemiológica (triagem)	84	58	1424	8328	12430	16442	33525	54506
Primeira consulta odontológica programática	39578	41485	47433	41766	40390	48042	49029	48648
ATENDIMENTOS EM SAÚDE MENTAL	5333	4733	9047	14070	9634	12278	13605	10923
Atendimento em psicoterapia de grupo	1481	1596	2091	6420	4124	5438	5798	5935
Atendimento individual em psicoterapia	3852	3137	6956	7650	5510	6840	7807	4988
Escuta inicial / orientação (Acolhimento a demanda espontânea)	15628	26683	43351	73073	152586	192068	195177	189224

Fonte: SIASUS - base municipal e Hygia

O quadro revela um aumento do número de atividades em grupos, consultas de outros profissionais de nível superior (exceto médico), atendimentos em saúde bucal e saúde mental,

além dos atendimentos de urgência em AB, reforçando a atuação da equipe multidisciplinar da ESF, onde a principal oferta não deve ser, necessariamente, a consulta médica.

Neste sentido, pode-se afirmar que houve a elaboração de um cardápio de ofertas pelas UBS, observado no aumento do número de atividades e outras práticas, assim como consultas com profissionais não médicos.

Atividades em Grupo

Segundo descrição da SIGTAP, a atividade educativa/orientação em grupo na AB “consiste nas atividades educativas, em grupo, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na Unidade ou comunidade” e pode ser realizada por qualquer profissional da AB.

O aumento do número das atividades em grupo no decorrer do tempo – 6.233 em 2009 para 35.888 em 2016 - ressalta a integração com a comunidade e o fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde, tendo como eixo a atuação da equipe multidisciplinar e a valorização dos vários saberes.

Reforça, também, a possibilidade de ampliar o cardápio de ofertas dos serviços, já que estas ações são realizadas por vários profissionais – odontólogos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais -, conforme mostra o quadro 4, sobre temas diversos e utilizando-se de outros espaços que não seja apenas os da UBS.

Quadro 4. Número de atividades educativas / orientações em grupo, por categoria profissional, nos anos de 2009 a 2016.

Profissional/Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Enfermeiro	2076	1781	1625	5186	11529	3869	4351	6065
Dentista	1727	1531	1633	2165	3399	6152	6767	15062
Psicólogo	163	466	370	401	1053	875	827	490
Assistente Social	254	207	93	191	380	56	204	131
Nutricionista					29	50	27	42
Fonoaudiólogo	48	112	76	163	465	152	243	0
Farmacêutico					0	7	5	18
Médicos	1155	1036	1273	3382	5761	2321	2280	1156
Profissional nível médio/técnico	228	320	532	9094	2682	4692	9580	12426
Total	5651	5453	5602	20582	25298	18174	24284	35390

Fonte: SIASUS - base municipal

A atuação do farmacêutico nas ações assistenciais é um diferencial importante no cuidado com os usuários e a comunidade. Nos últimos anos, este profissional tem se inserido nas visitas domiciliares, consultas e grupos, orientando quanto à administração e o uso racional dos medicamentos. Destacam-se entre as ações as orientações adaptadas a idosos e pessoas que não sabem ler e a participação em grupos com dependentes de benzodiazepínicos.

As atividades em grupo são elaboradas e realizadas, também, com a participação de profissionais de outras secretarias, como de esporte/lazer, educação, cultura e desenvolvimento social e cidadania, por exemplo, explorando as ações intersetoriais.

Como exemplo dessas ações está o projeto “De Bem com Vida” (figura 2). Em parceria com a Secretaria de Esportes e Lazer, as 34 UBS proporcionam à população o acesso a práticas alimentares, corporais e de lazer de qualidade, de maneira autônoma e participativa (SBC, 2016).

Figura 9. Atividade do projeto “De Bem com a Vida” com equipe de uma UBS.



Extraída de: Relatório Anual de Gestão – 2013, SBC.

Consultas médicas e de outros profissionais de nível superior na AB

Considerando que um dos principais problemas identificados pela gestão em 2009 foi um modelo de atenção focado nas urgências e especialidades médicas, o desafio foi elaborar novas diretrizes para a AB, destacando o trabalho da equipe multiprofissional.

Em relação ao número de atendimentos em consulta médica na AB, não se observa um aumento considerável no decorrer dos anos. Este aumento também não é revelado no quadro de profissionais, cuja categoria médica foi a que menos cresceu em contratação.

No que se refere às consultas médicas em atenção especializada, registradas pelo médico psiquiatra, observa-se uma curva de elevação entre os anos de 2010 a 2012, havendo um decréscimo a partir do ano de 2013, o que pode suscitar uma maior participação em atividades em grupos/coletivas e/ou o registro de atendimento individual em psicoterapia, além do já discutido problema no registro dos dados.

Consulta de outros profissionais de nível superior

A oferta de consultas para profissionais de nível superior, exceto médicos e dentistas, é ilustrada positivamente no quadro abaixo.

Quadro 5. Número de consultas de profissionais de nível superior (exceto médico e dentista), por categoria profissional, nos anos de 2009 a 2016.

Profissional/Ano	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Enfermeiro	46297	50430	81425	121481	106268	129377	120424	127022
Psicólogo	6530	6627	10563	12485	9378	10516	12362	4879
Assistente Social	17833	13192	13477	14439	12864	9105	7628	5693
Nutricionista	0	0	0	0	134	1461	2188	2085
Fonoaudiólogo	735	985	1600	3382	3570	4275	3126	1039
Farmacêutico	0	0	0	0	154	130	151	148
Total	71625	71234	107093	151787	132444	160752	194309	198422

Fonte: SIASUS – base municipal

Os números revelam a valorização da equipe multidisciplinar no atendimento aos usuários e justifica o investimento na contratação de diversos profissionais de outras áreas para atuar junto às equipes da ESF, ampliando a capacidade de cuidado da equipe.

Destacam-se as consultas de enfermagem, profissional necessariamente envolvido em atividades diversas, como supervisão técnica de enfermagem, supervisão do trabalho do ACS, reuniões de equipe, além de outras ações assistenciais, como na própria realização do acolhimento.

Atendimentos de urgência em Atenção Básica

Dado que é diretriz do acolhimento atender a todos os usuários que procuram o serviço, um indicador importante para medir o acesso dos usuários a consultas médicas e odontológicas nos casos de demanda espontânea com quadro clínico que revele agudização e/ou risco de agravamento é o atendimento de urgência em AB.

Os dados revelam um aumento importante no número de atendimentos durante o período, de 34.899 em 2009 para 58.511 em 2016, indicando um aumento do acesso aos profissionais médicos e dentistas nos casos atendidos no acolhimento da Unidade. Também apontam para uma possível melhoria às respostas às necessidades imediatas dos usuários e uma maior resolubilidade na AB nos casos de queixas agudas, onde há de se considerar o aumento significativo de usuários cadastrados nas unidades, assim como de atendimentos e atividades realizadas.

Importante destacar que, em 2015, ocorreu a descentralização dos atendimentos de urgência e emergência odontológica, antes realizados no Hospital e Pronto Socorro Central, para as UBS. Atualmente, o Hospital realiza estes atendimentos apenas no período noturno, aos fins de semana e feriados.

Atendimentos em Saúde Bucal

Um dos principais problemas encontrados em 2009 foi a grave deficiência na área de saúde bucal. Como apresentado no início deste trabalho, naquele ano não existiam as Equipes de Saúde Bucal (ESB). As UBS contavam com o dentista atendendo isoladamente, o que gerava filas imensas para se conseguir uma consulta.

O investimento na área possibilitou a implantação progressiva das ESB, chegando a 83 equipes em 2016. Além disto, o novo desenho das UBS reformadas contou com consultórios equipados, de acordo com a necessidade do território, e escovódromos.

Figura 10. Sala de atendimento em Saúde Bucal e escovódromo na UBS.



Extraída de: Relatório Anual de Gestão – 2013 e 2014, SBC.

Por todos os investimentos realizados, São Bernardo do Campo recebeu, em 2010, 2013 e 2015, o prêmio do Programa Brasil Sorridente, destacando-se na implementação de política pública em saúde bucal.

Em relação aos procedimentos registrados no SIASUS, destacam-se a ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, realizada pelo cirurgião dentista e que, segundo a SIGTAP, consiste na “avaliação de estruturas da cavidade bucal, com finalidade de diagnóstico segundo critérios epidemiológicos (...), com o objetivo de elaborar perfil epidemiológico e/ou avaliar o impacto das atividades desenvolvidas, subsidiando o planejamento” e a primeira consulta odontológica programática, que consiste na “avaliação (...) e realização de exame clínico, com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico”.

Em São Bernardo do Campo, a ação coletiva de exame bucal é realizada nas UBS e em atividades nas escolas, previstas no Programa Saúde na Escola – PSE, uma política ministerial aderida pelo município em 2013, em parceria com a Secretaria de Educação. Dentre outras ações do PSE, o exame bucal com finalidade epidemiológica possibilita a identificação de casos que necessitam de tratamento odontológico, os quais são programados e atendidos pelas ESB nas UBS.

Desde então, verifica-se um elevação significativa no número de usuários contemplados com esta ação, de 8328 em 2012 para 54506 em 2016, o que indica que a população, ao longo do tempo, teve um aumento importante no acesso ao exame bucal, possibilitando seu tratamento nas UBS.

Em relação à primeira consulta odontológica programática, que consiste no início de um tratamento, indica o acesso dos usuários ao tratamento programado, conforme necessidade. Este número subiu de 39.578, em 2009, para 48.648, em 2016.

Atendimentos em Saúde Mental

Ao encontro da Reforma Psiquiátrica, a gestão optou por uma política voltada para o cuidado em liberdade, iniciando em 2009 um processo de desinstitucionalização dos moradores do hospital psiquiátrico¹³ e a construção de uma rede substitutiva de atenção para pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas (SBC, sem ano).

A descentralização do atendimento de casos leves em saúde mental pelos psiquiatras, antes centralizado em um ambulatório de psiquiatria, iniciou-se nas UBS a partir de 2010, com a transferência dos pacientes de acordo com critérios pré-definidos. A partir de então, as equipes foram organizadas para produzir novas ofertas de cuidados, a fim de transformar o modelo medicalizante em um modelo centrado no usuário, em sua família e suas redes de sociabilidade. Para trabalhar nesta nova lógica, as equipes das UBS foram permanentemente formadas pela equipe coordenadora da Saúde Mental do município (SBC, 2010b).

Em 2012, a gestão municipal ofertou um Curso de Especialização em Saúde Mental para 150 participantes, sendo 50 profissionais da rede básica que se qualificaram nos temas Saúde Mental e Atenção Básica, Álcool e outras Drogas, Saúde Mental do Adulto e Infante Juvenil (SBC, 2013b).

Com a nova política de saúde mental no município e a descentralização dos atendimentos de casos leves para as UBS, investiu-se na contratação de psicólogos e psiquiatras para a AB.

¹³ O município mantinha contratualização com a SES/SP para uso de leitos de internação para pessoas com transtornos mentais e/ou em uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas no hospital psiquiátrico estadual de referência.

Os números de atendimentos em psicoterapia, individual ou em grupo, cresceram de acordo com a contratação de profissionais e da capacidade técnica e operacional nos serviços, conforme as atividades de formação e desenvolvimento das equipes foram acontecendo.

Importante destacar que no contexto socioeconômico das últimas décadas, alguns fatores vêm contribuindo para o crescimento da demanda por atenção à saúde por problemas de natureza psicossocial – ansiedade, depressão, dores generalizadas, dentre outras – como, por exemplo, o desemprego, a violência e a precarização das condições de trabalho (LACERDA e VALLA in PINHEIRO et al. 2013).

A SIGTAP define o procedimento “atendimento em psicoterapia em grupo” como o “atendimento em grupo realizado por profissional de saúde mental de acordo com projeto terapêutico específico, aos pacientes com os chamados transtornos mentais menores”. Pela sua caracterização na AB, pode ser realizado por médicos – psiquiatras, clínicos, pediatras e generalistas/saúde da família – e psicólogos. Já o “atendimento individual em psicoterapia” deve ser realizado apenas pelo médico psiquiatra e psicólogo.

Em relação a estes procedimentos, observa-se a oferta e participação crescentes dos usuários, revelando a importância do vínculo entre usuários e profissionais/serviço e da integralidade das ações na AB.

Acolhimento à demanda espontânea

Para medir a utilização do acolhimento no atendimento aos usuários nos casos de demanda espontânea foi utilizado o procedimento “escuta inicial/orientação (acolhimento à demanda espontânea)”, o qual consiste, segundo a SIGTAP, no “atendimento realizado no momento em que o usuário chega ao serviço de saúde, relatando queixas ou sinais e sintomas percebidos por ele, classificando seu risco clínico e/ou vulnerabilidade social”.

Dos anos de 2009 a 2012, observou-se um aumento de aproximadamente 65% ao ano no número de acolhimentos; de 2012 para 2013 este aumento foi de 108% e de 2013 para 2014 foi de 25%, mantendo-se na faixa dos 190.000 acolhimentos ao ano até 2016.

Ressalto que no meu caminhar pela rede durante a realização da pesquisa os coordenadores referiram um aumento significativo no número de novos usuários a procura de atendimento na UBS, o que não se expressa em elevação dos números apresentados nos anos

de 2014 a 2016, possivelmente em função das dificuldades técnico e operacionais já apontadas.

5.4.3 Absenteísmo

O percentual de absenteísmo dos usuários em relação às consultas e procedimentos agendados é um indicador importante que pode revelar aspectos diversos, como a demora no tempo de espera para o atendimento, ausência ou fragilidade no vínculo com os profissionais/serviço, falta de corresponsabilização no cuidado, dentre outras.

A tabela 2, a seguir, apresenta a variação no percentual nos anos de 2011 a 2016.

Tabela 2. Percentual de absenteísmo nas UBS segundo ano de agendamento das consultas/procedimentos.

ANO	%
2011	34,61
2012	33,79
2013	28,36
2014	23,93
2015	24,33
2016	27

Fonte: Hygia

Verifica-se uma diminuição no percentual de absenteísmo, ano a ano, com discreta elevação em 2016. Estes números podem significar uma melhora no tempo entre a data do agendamento e a data da consulta/atendimento, refletindo na eficiência do acolhimento como dispositivo organizativo, promovendo vínculo e resolubilidade no cuidado, mesmo porque, como já foi destacado, há um crescente aumento tanto no número de usuários cadastrados como no de atendimentos ano a ano no período.

5.4.4 Internações por causas sensíveis à Atenção Básica

A ampliação e qualificação do acesso aos serviços da AB preveem a redução da morbimortalidade em situações possíveis de se resolver no âmbito deste primeiro nível de atenção, sendo esta uma das principais justificativas para o investimento na AB.

Atividades de promoção e prevenção, assim como a identificação precoce de uma doença propiciam a redução de adoecimentos e de situações de agravamento de pacientes portadores de doenças crônicas.

As internações por causas sensíveis à AB é um dos indicadores mais importantes para avaliar a o acesso e a capacidade de resolubilidade da AB, na perspectiva de identificar áreas e ações passíveis de melhorias e que necessitam de melhor articulação com outros serviços da rede de atenção à saúde (MS, 2013d).

O número de internações de pessoas residentes em São Bernardo do Campo, no período de 2009 a 2016, é apresentado no quadro abaixo.

Quadro 6. Número de internações por causas sensíveis à AB, de residentes em São Bernardo do Campo, nos anos de 2009 a 2016.

CAUSAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Doenças Infecciosas e Parasitárias	53	51	91	131	191	238	106	146
Diarreia e Gastroenterite	26	33	48	48	99	79	15	40
Outras Doenças Infecciosas Intestinais	9	8	10	14	17	46	24	8
Tuberculose Respiratória	3	1	17	23	30	39	23	84
Tétano	1	0	0	0	1	1	0	0
Difteria	1	0	0	0	0	0	0	0
Coqueluche	1	4	9	34	21	59	27	5
Infecções c/ transmissão predom. Sexual	6	3	2	7	18	12	14	8
Febre Amarela	0	0	0	0	1	0	0	0
Hepatite Viral	1	0	1	3	2	1	1	0
Malária	3	0	4	0	1	0	0	0
Helmintíases	2	2	0	2	1	1	2	1
Anemias	1	3	10	11	11	6	5	15
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	285	272	312	341	409	374	315	239
Diabetes Mellitus	251	253	287	318	389	330	294	226
Desnutrição	34	19	25	23	20	44	21	13
Doenças do Aparelho Circulatório	1990	1842	2144	2181	1784	2267	1791	1826
Doenças hipertensivas	146	192	160	206	220	397	257	208
Doenças isquêmicas do coração	503	332	379	259	248	448	299	241
Outras doenças cardíacas	651	532	596	689	670	702	525	554
Doenças do Aparelho Respiratório	2022	2013	1939	1939	1973	2030	1518	1592
Pneumonia	1942	1875	1708	1660	1715	1648	1010	1328
Bronquiolite	51	73	141	142	109	207	316	114
Asma	29	65	90	137	149	175	192	150
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	187	247	243	217	178	244	200	185
Doenças do Aparelho Geniturinário	327	316	368	539	680	1073	786	612
Total	4865	4744	5107	5359	5226	6232	4721	4615

Fonte: SIH – base municipal

Para realizar uma breve análise deste quadro, importante enfatizar a implantação de 09 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas no município, entre dezembro de 2009 e maio de 2013.

As UPA tem por objetivo diminuir a procura e as filas dos prontos socorros dos hospitais, resolvendo grande parte dos casos de urgência e emergência. Estas unidades possuem estrutura simplificada, porém é possível manter um paciente em observação até 24 horas.

Apesar das UPA não terem sido pensadas para realizar internações, desde a implantação da primeira unidade no município, muitos pacientes acabavam ficando internados por longos períodos. A dificuldade de conseguir leitos nos hospitais faz com que as UPA não consigam liberar os pacientes.

Sendo assim, as UPA emitiam Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para todos os pacientes que permaneciam por mais de 24 horas no estabelecimento.

Em junho de 2014, o MS publicou a Portaria nº 461, reforçando o caráter de atendimento das UPA, as quais devem possuir apenas leitos de observação, e não de internação. A partir de então, mesmo mantendo pacientes internados, as unidades cessaram a emissão de AIH. Logo, estas internações não mais apareciam nos dados do SIH.

Portanto, os acontecimentos mencionados acima possivelmente impactaram na elevação do número de internações até 2014 e uma diminuição, em algumas doenças, a partir de 2015.

Os números também podem revelar a necessidade de intensificar as ações e esforços voltados à produção do cuidado na AB, promovendo maior resolubilidade nestes serviços, especialmente com relação às doenças crônicas, como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, responsáveis por grande parte das internações quando seus portadores apresentam complicações, e doenças infectocontagiosas, como tuberculose e coqueluche, preveníveis com busca ativa e acompanhamento de grupos mais vulneráveis e imunização da população.

O elevado número de internações por coqueluche observado durante a pesquisa causou estranheza e levou à busca pelos casos confirmados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual revelou números diferentes da doença no município: foram notificados 6, 16, 23, 18, 27 e 4 casos confirmados nos anos de 2010 a 2015, respectivamente¹⁴. Os dados manifestam possíveis falhas no diagnóstico na ocasião da internação.

Além disto, os números, no geral, também podem expressar uma ampliação no acesso aos serviços de atenção secundária e terciária como garantia de continuidade do cuidado.

¹⁴ Dados acessados por meio do programa de tabulação de dados na internet do Departamento de Informática do SUS (Tabnet /DataSUS) – dados disponíveis no momento da consulta.

5.4.5 Nascimentos na maternidade de referência

Um dos desafios da gestão foi o de qualificar a rede de atenção ao pré-natal, parto e nascimento no município. Uma das metas para a qualificação do cuidado à gestante e ao recém-nascido era a de ampliar o acesso para realização de partos no Hospital Municipal Universitário – HMU, maternidade de referência do município.

Pelo fato do município passar por sérios problemas de alimentação do Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança – Sisprentatal Web desde sua implantação, em 2012, escolheu-se dois indicadores que pudessem ser calculados a partir da base de dados do SIM e do SINASC: o número de nascidos vivos no Hospital Municipal Universitário – HMU, ilustrado no quadro 7 e o coeficiente de mortalidade infantil, ilustrado no gráfico 25, na sequência.

Quadro 7. Número de nascidos vivos de residentes em São Bernardo do Campo, segundo tipo de estabelecimento e ano de ocorrência, nos anos de 2009 a 2016.

Tipo de Estabelecimento (Público)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SAO BERNARDO DO CAMPO	3622	3513	3981	3972	3914	3976	4305	4634
UBS	8	4	2	1	0	0	1	5
UPA	0	1	14	9	12	13	16	12
PA/ OS	78	54	13	8	6	2	0	0
HMU	3536	3454	3952	3954	3896	3961	4288	4617
OUTROS MUNICÍPIOS	1435	1306	1005	951	924	990	856	443
Públicos Municipais	43	50	42	59	52	54	48	44
Públicos Estaduais	1388	1252	955	890	866	929	805	390
Públicos Federais	4	4	8	2	6	7	3	9
TOTAL PÚBLICO	5057	4819	4986	4923	4838	4966	5161	5077
Privados (SBC E OUTROS)	5911	6036	5988	6015	6087	6291	6077	5671
TOTAL GERAL (Público + Privado)	10968	10855	10974	10938	10925	11257	11238	10748
% HMU do total público SBC	97,6%	98,3%	99,3%	99,5%	99,5%	99,6%	99,6%	99,6%
% HMU do total público	69,9%	71,7%	79,3%	80,3%	80,5%	79,8%	83,1%	90,9%
% HMU do total geral	32,2%	31,8%	36,0%	36,1%	35,7%	35,2%	38,2%	43,0%

Fonte: SINASC - base municipal

Verifica-se, quanto ao HMU, um crescimento de 21% de partos, de 2009 para 2016, em relação às ocorrências em estabelecimentos públicos e um aumento de 11%, no mesmo período, de partos em relação ao total de ocorrências.

Os números revelam uma significativa ampliação do acesso à maternidade de referência municipal. Diversos investimentos foram realizados para que fosse garantido às gestantes usuárias da rede pública municipal o acesso a um serviço de qualidade.

Os investimentos e ações na qualificação do cuidado à gestante e à criança se expressam significativamente na redução da mortalidade infantil, que será apresentada a seguir.

5.4.6 Mortalidade Infantil

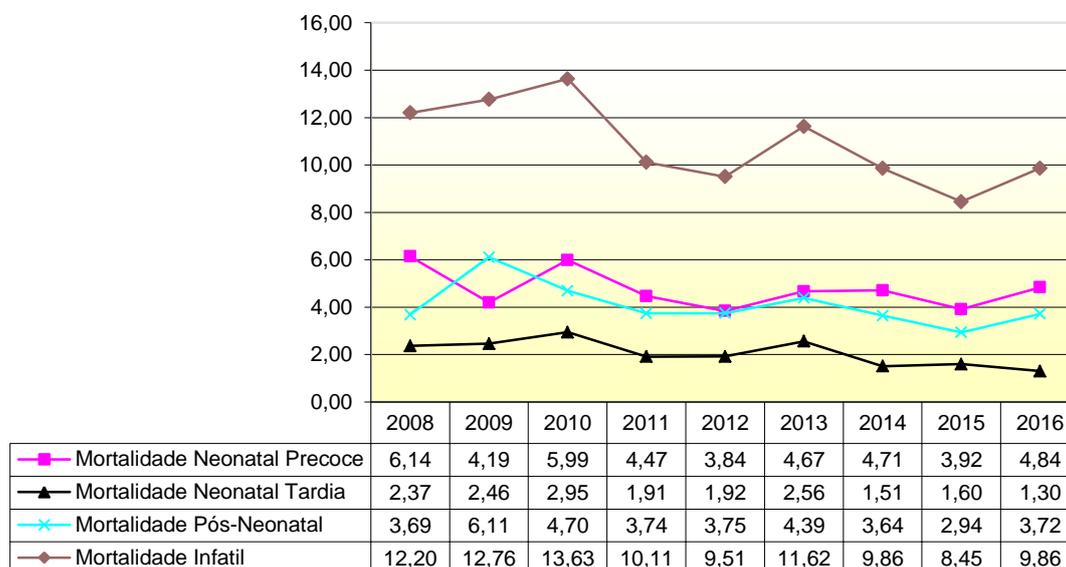
A mortalidade infantil consiste na morte de crianças em seu primeiro ano de vida e está relacionada à qualidade de vida da população.

O coeficiente de mortalidade infantil permite avaliar a atenção ao pré-natal, parto e nascimento, além do acesso das crianças menores de 1 ano ao acompanhamento de puericultura nos serviços de saúde (MS, 2013d).

A meta dos municípios é reduzir a mortalidade infantil, garantindo acesso, acolhimento e resolubilidade a partir da organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (MS, 2013d).

O gráfico 23 apresenta expressiva diminuição dos óbitos infantis no município. Em comparação com o Brasil, Estado de São Paulo e Região do Grande ABC, São Bernardo do Campo se destaca positivamente no combate à mortalidade infantil.

Gráfico 23. Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos, no município de São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.



Fontes: 2008 a 2012 - Fundação Seade
2013 016 – SIM e SINASC – base municipal

Ressalta-se a atuação conjunta do Comitê Municipal de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna com a gestão e os serviços da rede municipal como um todo que desencadeou diversas ações e estratégias para a redução da mortalidade infantil.

Dentre as ações, destacam-se elaboração de protocolos das linhas de cuidado materno-infantil; capacitação de todos ACS e enfermeiros para busca ativa das gestantes e crianças menores de um ano do município; reuniões com os coordenadores das UBS visando desencadear processo de discussão pela equipe dos casos de óbitos de seus territórios; elaboração de formulário específico para investigação dos óbitos por parte das equipes de saúde locais; reuniões com trabalhadores e profissionais nos serviços com temas referentes ao cuidado no pré-natal e com a criança e instituição de matriciamento nas UBS, com capacitação dos médicos generalistas em ginecologia/obstetrícia e pediatria para qualificar o serviço (SBC, 2011).

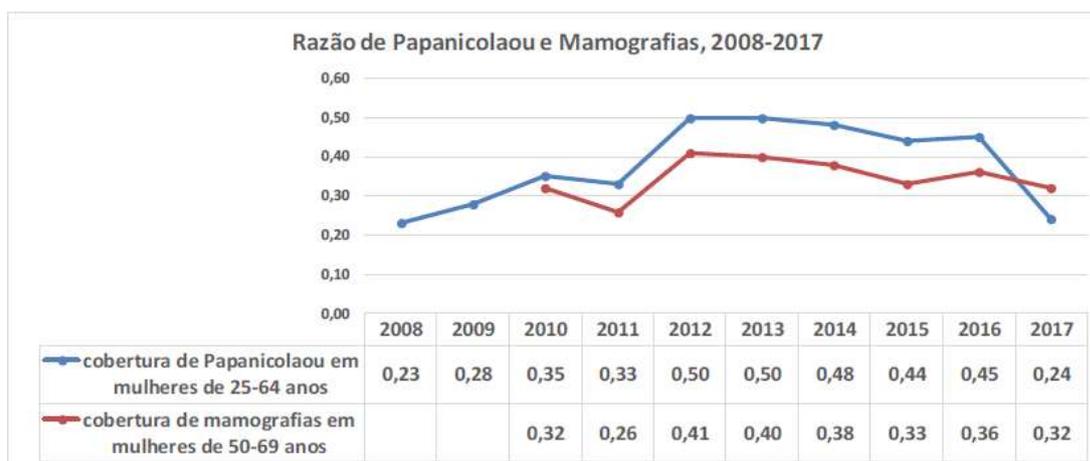
As evidências na qualificação dos serviços e ações na atenção à gestante, parto e nascimento atraí mulheres de outros municípios, além de usuárias de planos privados de saúde, em busca da garantia de uma atenção integral e resolutiva, iniciada num primeiro atendimento na UBS.

5.4.7 Exames de mamografia e Papanicolaou

Os exames de mamografia e papanicolaou – ou citopatológico de colo de útero - são realizados como método de prevenção do câncer de mama e de colo de útero, controlando e reduzindo as mortes causadas por estes cânceres. A população alvo para realização destes exames, como forma de rastreamento das doenças, são mulheres de 50 a 69 anos e 25 a 64 anos, respectivamente, dado o maior risco e incidência de ocorrência nestas faixas etárias, além de maior efetividade no tratamento das doenças¹⁵.

No gráfico seguinte, pode-se observar uma elevação na razão de exames realizados em mulheres na faixa etária alvo, especialmente nos exames de papanicolaou.

Gráfico 24. Razão de exames de Papanicolaou e Mamografias nos anos de 2008 a 2016.



Fonte: SIA/SUS Municipal (2016 dados preliminares) / Fundação SEADE

Extraído de: Boletim de Monitoramento da Gestão Municipal – Agosto/2017, SBC, 2017.

No entanto, não se observou diminuição dos óbitos ocasionados por câncer de mama e colo de útero no município. Em relação ao câncer de mama, observa-se uma tendência de elevação nestes números nos últimos anos.

Vale destacar que o aumento da razão de exames revela a capacidade dos serviços de ofertar o exame e não necessariamente uma boa cobertura. As equipes/profissionais de saúde devem avaliar se são as mesmas mulheres que vêm repetindo o exame fora da periodicidade

¹⁵ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA/MS. Controle do câncer de mama e de colo do útero. Diretrizes de rastreamento. [Obtida em www.inca.gov.br, 02 dez 2017].

recomendada, investindo na busca ativa de mulheres que não realizaram o exame, assim como se atentar para a parcela de mulheres que realizam os exames no sistema privado de saúde.

Em 2012, com o aumento da mortalidade por câncer de mama verificada no município, a SMS criou o Grupo Técnico de Câncer de Mama, o qual ficou responsável pela elaboração da Linha de Cuidado do Câncer de Mama e de estratégias voltadas para o enfrentamento do problema em âmbito municipal (SBC, 2013).

Além disso, como já foi apresentado, o município vem investindo nos últimos anos em diversas ações de qualificação à atenção na saúde da mulher. No âmbito dos serviços de saúde, ações de formação para sensibilização e capacitação dos profissionais na busca ativa e assistência às mulheres possibilitaram o aumento do acesso a consultas, exames e atividades de educação em saúde.

Reforça-se a importância da gestão na perspectiva de continuar fomentando e fortalecendo estas ações, assim como o adequado planejamento das agendas voltadas à saúde da mulher.

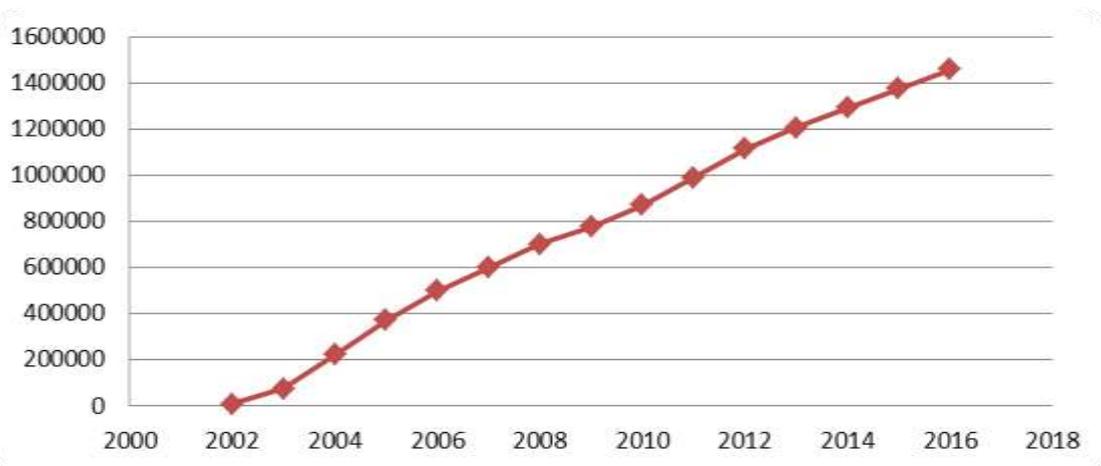
5.4.8 Usuários cadastrados no sistema de gestão municipal - Hygia

O Hygia é um Sistema de Informação de Gestão da Saúde Pública utilizado no município desde 2002. Ele interliga UBS, UPA, policlínicas, hospitais, laboratórios e serviços auxiliares de diagnósticos e tratamento, integrando-os nas atividades assistenciais, administrativas e gerenciais.

Portanto, para que uma pessoa seja atendida em uma das Unidades de Saúde no município, esta deve ser cadastrada no sistema Hygia.

Realizado um levantamento do número de pessoas cadastradas desde a implantação do sistema, em 2002, observou-se um aumento de 12,5% ao ano, de 2009 a 2012, e de 7% ao ano, de 2013 a 2016, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 25. Número de pessoas cadastradas no sistema Hygia, em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 a 2016.



Fonte: Hygia

Importante ressaltar que, como qualquer sistema de informação, apresenta problemas em sua alimentação. No que se refere aos cadastros, são identificadas duplicações, o que impacta em um número elevado de registros, muito superior da população residente em São Bernardo do Campo.

Considerando o total de cadastros ativos no sistema até o primeiro semestre de 2017, 13% são de pessoas residentes em outros municípios. No conjunto das 34 UBS, esse número é de 5%, porém em UBS que fazem divisa com os municípios de Diadema, Santo André e São Paulo, este número chega a 25%. Quanto aos cadastros ativos vinculados às UPA, ou seja, sem uma UBS de referência territorial informada, 94% são de residentes em outros municípios, o que corresponde a 10.800 pessoas de outros municípios que possivelmente utilizam apenas as UPA.

Esta permanente elevação no número de cadastros pode revelar, também, a procura por atendimento por pessoas que perderam seus planos privados de saúde ou tiveram sua cobertura/acesso reduzido pelas operadoras, conforme relatado por alguns coordenadores durante as visitas nas UBS.

Em consulta ao *site* da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), verifica-se uma tendência de queda no número de beneficiários de planos privados de saúde¹⁶ no

¹⁶ Destaca-se que estes números correspondem ao número de planos contratados e não de pessoas beneficiárias de planos de saúde. Isto indica que uma mesma pessoa pode possuir mais de um plano.

município a partir de 2015. Em 2014, o município contava com 466.247 beneficiários, caindo para 456.574 em 2015 e 444.522 em 2016.

A queda no número de beneficiários acarreta no aumento da procura por serviços públicos de saúde, reforçando a necessidade de constante monitoramento e (re)avaliação dos indicadores de saúde, planejando as ações a fim de possibilitar o acesso com qualidade e resolubilidade, respeitando o princípio da equidade.

Além disto, muitos usuários se cadastram nas UBS apenas para retirar medicamentos. Em entrevista com a gestão central do DABGC, ela faz referência a um projeto no qual foi realizado um levantamento dos usuários que retiraram medicamentos para diabetes nas UBS em determinado período, a seguir.

“(...) 16 mil pessoas pegam medicamentos e são acompanhadas (nas UBS), para diabetes (...) Mas tem (outras) 13 mil pessoas que tiram medicamentos e não são acompanhadas na Unidade”.

Assim, destaca-se a relação público e privado nos diversos cenários de atendimento dos serviços públicos como uma questão central do setor saúde.

5.5 ENTRAVES E AVANÇOS

Um processo de mudança na organização do serviço pressupõe o envolvimento de todos os atores nas ações. No âmbito da gestão, faz-se necessário identificar, avaliar e investir em recursos que possibilitem a eficiência e eficácia do projeto. No âmbito da atenção, é primordial que os trabalhadores estejam sensibilizados e qualificados para o trabalho, para que este faça sentido ao ser realizado. Para tanto, é necessário que estejam envolvidos nas discussões e decisões locais, dentro de um processo de cogestão no trabalho.

Diante do desafio de implantar o acolhimento nas UBS e reorganizar os serviços, a gestão realizou diversas ações e investimentos, já citados neste trabalho. Unidades reformadas, contratação de profissionais com expansão da ESF, cursos, capacitações, espaços colegiados e de educação permanente nos territórios e o fortalecimento dos Conselhos Gestores Locais foram algumas iniciativas para promover a mudança no modelo de atenção à saúde no município.

Em todo o processo, a atuação do coordenador da UBS é imprescindível para o sucesso das ações. Ele representa o elo entre a atenção/equipes e a gestão central e precisa reconhecer as necessidades e desafios para, com o apoio da gestão central, elaborar as ações e executar o projeto em âmbito local.

Com o intuito de abordar aspectos relevantes para os coordenadores na implantação e implementação do acolhimento, duas questões do questionário aplicado pediam que citassem três entraves e três avanços no desenvolvimento do processo. A partir de uma primeira análise dos itens por eles apontados, foram levantados cinco temas, que se inter-relacionam e que serão aqui apresentados e discutidos.

Como se disse, a análise de conteúdo temática por definição não segue um padrão ou sequência rígida, mas sim formam encadeamentos e estabelecem relações que vão se constituindo no próprio caminhar da leitura e na disposição dos elementos e informações obtidas e trabalhadas no processo.

A transformação de assuntos, eixos, conteúdos e unidades em *categorias de análise* parte necessariamente de tentativas contínuas de compreensão do que os sujeitos da pesquisa comunicam, do contexto a que se referem e dos sentidos que eles atribuem – e também do que somos capazes de apreender disso tudo.

Inicialmente a análise parte das características gerais - *o que* - está sendo dito, ou seja, os conteúdos manifestos, as ideias e os argumentos com os quais os sustenta. E a partir da mensagem explicitada se busca captar, inferir e estabelecer relações entre o sujeito que a emite e seus possíveis objetos e interlocutores - *quem* - recairia a avaliação, a régua e os parâmetros com que atribui valor e alguns sentidos e significados que adquire e confere a esses conteúdos, isto é, *como* ou *porque* tal fenômeno ocorre, é explicado e comunicado.

Aos poucos e em sucessivas leituras pudemos estabelecer os eixos, carga simbólica e alguns dos sentidos atribuídos, isto é, o que os sujeitos consideram e denominam entraves e avanços em relação ao acolhimento.

Cabe destacar, como se disse antes, que na realidade se trata sempre de relações e processos entre sujeitos, seus contextos, imaginários e conteúdos emergentes, e que o exercício e intuito de se estabelecer categorias cumpre unicamente finalidade analítica, tendo em vista os objetivos deste trabalho.

Assim, em nossas primeiras leituras foram levantados os seguintes conteúdos básicos e núcleos norteadores das falas dos coordenadores, a saber: os profissionais; os serviços; a rede de atenção; o território e os usuários. A partir daí fizemos o exercício de agregar e sintetizar unidades e categorias, o que originou o seguinte quadro sinóptico.

Vale ressaltar que foram citados 51 entraves e 64 avanços, sendo que muitos se repetem em ambos os casos, demonstrando a diversidade de sentidos sobre o acolhimento e seus desafios.

Quadro 8. Matriz de síntese dos resultados: correlação entre entraves e avanços para implantação do acolhimento e as categorias de conteúdo das “falas”.

Unidades/ categorias	Entraves	Avanços
PROFISSIONAIS: Formação/ inserção e reorganização dos processos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Falta/dificuldade na compreensão, participação e envolvimento dos profissionais • Formação profissional/Perfil profissional/ Ações centradas no médico • Dificuldade para a escuta 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação de todos os profissionais/ Equipe multiprofissional <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento por equipe • Aceitação e Aplicação do acolhimento • Fortalecimento de vínculo entre equipes e usuários
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: Lógica da produção e lógica do cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe incompleta / rotatividade de profissionais • Tempo insuficiente para a escuta <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade na agenda 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliação e qualificação do acesso • Qualificação das ofertas de cuidado <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento das agendas • Resolutividade/ Classificação de risco e vulnerabilidade • Qualificação/Humanização no atendimento • Participação de todos os profissionais/ Equipe multiprofissional <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento por equipe • Continuidade do cuidado • Queda do absenteísmo • Fortalecimento de vínculo entre equipes e usuários
REDE: Articulação dos serviços e integralidade no cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Falha/ insuficiência na articulação em rede <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação com outros departamentos • Falta acolhimento na atenção especializada 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhor acompanhamento do cuidado em rede <ul style="list-style-type: none"> • Continuidade do cuidado
TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: Percurso da população e adscrição	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado número de pessoas por equipe <ul style="list-style-type: none"> • Crescimento populacional <ul style="list-style-type: none"> • Demanda elevada • Perfil do território (invasão territorial - intra e extra municipal) 	<ul style="list-style-type: none"> • (Re)conhecimento das demandas/ necessidades de saúde • (Re)conhecimento do perfil epidemiológico <ul style="list-style-type: none"> • (Re)conhecimento do território
USUÁRIOS: Demandas/ expectativas e ofertas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na compreensão e na aceitação da população quanto ao acolhimento na UBS 	<ul style="list-style-type: none"> • Queda do absenteísmo • Continuidade do cuidado • Fortalecimento de vínculo entre equipes e usuários

Serão consideradas nesta discussão as visitas em algumas UBS com a finalidade de compreender e aprofundar as ações possivelmente desenvolvidas para superação dos entraves.

5.5.1 A formação e inserção profissional e a reorientação dos processos de trabalho e organização do serviço

Este tema foi motivado pelo elevado número de vezes que a atuação e o perfil profissional foram citados pelos coordenadores.

Como entrave, surge no sentido negativo do envolvimento no processo – não envolvimento, pouca participação e dificuldade de compreensão -, assim como perfil profissional. Como avanço, destacam a implicação - participação, aceitação, aplicação – repercutindo nos resultados – vínculo, humanização, continuidade do cuidado.

Para discutir este tema se tentará aproximar a questão da formação - técnico-científica e no cotidiano do trabalho - e questões voltadas a valorização do trabalhador, com as dificuldades encontradas pelos entrevistados no que se refere à proposta de reorganização do trabalho a partir do acolhimento, assim como as possibilidades de inserção profissional como fator potencial nos processos de mudanças.

Como se sabe, ainda nos dias atuais, o designado “modelo biomédico” de assistência tem influenciado a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos na área da saúde.

Este modelo, incorporado pelos serviços de saúde para promover o alívio da dor e o tratamento de doenças, apresenta limites reconhecidos na atenção a saúde das pessoas, como o foco no indivíduo e seu corpo biológico (“corpo-máquina”), ênfase nas ações curativas e no tratamento de doenças e na medicalização. Portanto, “pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano” (FERTONANI et al., 2014)

Como já visto, essa lógica hegemônica contribui para que a prática do acolhimento seja desenvolvida de forma mecanicista e biologicista, reforçando o processo de medicalização, fortalecendo a consulta como única ou principal oferta do serviço de saúde e,

desta forma, desvalorizando os diversos saberes e maneiras de oferecer cuidado SILVA et al. (2012).

Para superar essa lógica de trabalho, faz-se necessário repensar e criar espaços de formação que modifiquem os sujeitos e suas práticas.

Para além da educação formal voltada para o domínio técnico-científico, é necessária uma educação que amplie a capacidade dos trabalhadores em reconhecer aspectos das relações e das práticas em todos os elementos de importância social que contribuam para a melhoria da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, como nos aspectos de organização da atenção e da gestão (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Extrapolando os limites da formação técnico-científica, a gestão municipal acreditou e criou diversos espaços para possibilitar a discussão e elaboração de estratégias no âmbito da gestão e da atenção, como os colegiados e os encontros de EP nos territórios, por exemplo.

Além disto, a própria prática na ESF possibilita espaços de formação no cotidiano do trabalho, contribuindo para a interação entre os próprios trabalhadores/equipes e entre trabalhadores e usuários.

As reuniões gerais e de equipe, as atividades em grupo na UBS e fora dela, as consultas compartilhadas e o matriciamento, por exemplo, são capazes de produzir construções coletivas e ampliar a capacidade de resolubilidade no cuidado, valorizando os diversos saberes e o trabalho em equipe multiprofissional. Para que isto ocorra, é preciso que estes espaços sejam respeitados e valorizados, permitindo que todos os sujeitos envolvidos no processo sejam ouvidos e acolhidos para que, a partir das demandas, o trabalho seja problematizado e sejam recriadas novas práticas de saúde, numa lógica ascendente.

Para ilustrar as dificuldades encontradas nesta questão, veremos, a seguir, que a maioria dos entraves citados pelos coordenadores para a implantação do acolhimento se refere aos profissionais/equipes de saúde. Dos 17 entraves relacionados ao envolvimento dos profissionais, a maior parte está ligada a compreensão e/ou entendimento quanto ao acolhimento.

“Os profissionais oscilam entre a compreensão do espaço como lugar de gestão do cuidado e processo de trabalho e espaço de atendimento a demanda espontânea”.

”O profissional entende acolhimento como um trabalho a mais”.

“Dificuldade do funcionário entender acolhimento como escuta, não consulta”.

A UBS, considerada a principal porta de entrada da rede de serviços, depara-se com o desafio inicial quanto à universalidade do acesso. Os números apresentados anteriormente mostram o significativo aumento de usuários cadastrados nos serviços de saúde municipais todos os anos e paralelamente, a partir de 2015, uma queda no número de beneficiários de planos privados de saúde.

O acesso irregular e pontual dos usuários, assim como a fragmentação das ações no processo de atenção, são algumas dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços. Neste sentido, o acolhimento deve ser reconhecido e entendido como possibilidade de organização das ações buscando a integralidade do cuidado (PENNA, FARIA e REZENDE, 2014).

Foi nesta perspectiva que a gestão municipal elaborou as ações para implantação do acolhimento. Além de iniciativas como oferta de cursos e capacitações, reforma das Unidades com local para realização de escuta qualificada e contratação de profissionais, os diversos espaços colegiados e de EP foram utilizados para ampliar a discussão sobre acolhimento com os gestores e trabalhadores. Nestes espaços, o tema foi priorizado a fim de qualificar o processo e garantir o reconhecimento de um dispositivo capaz de reorganizar as ações nos serviços de saúde.

Porém, apesar das diversas iniciativas, observou-se uma dificuldade no entendimento sobre o acolhimento e/ou até mesmo uma possível resistência por parte dos profissionais na sua realização.

A responsabilidade pela ordenação da rede, com atendimento de 100% dos usuários que procuram o serviço, buscando o máximo de resolubilidade, pode ocasionar em sobrecarga, pressão e estresse para o trabalhador, resultando em uma assistência voltada ao modelo de triagem para agendamento de consultas, na qual urgências que poderiam ter respostas na UBS sejam encaminhadas às UPA.

Além do mais, em algumas UBS verifica-se uma capacidade de profissionais inferior a necessidade local, apesar da adequação física da unidade, conforme relato abaixo.

“(...) precisaria ter outra Unidade. São unidades muito grandes e, por mais que você implante equipes, a estrutura física não dá conta pelo número de trabalhadores no geral – recepção, pessoal administrativo – e fica todo mundo muito tensionado, assim como a equipe não tem tranquilidade porque fica a todo tempo tendo que dar respostas, apoiar outros processos mais administrativos...” (gestão central)

Realizar o acolhimento com escuta qualificada demanda local apropriado, tempo e disponibilidade e, para que ocorra de maneira adequada, é necessário que todos os profissionais estejam envolvidos e que o acolhimento não seja reduzido a uma sala para atendimento à demanda espontânea. Além disso, a UBS precisa elaborar um cardápio de ofertas, além das consultas médicas, para o atendimento às diversas necessidades apresentadas pelos usuários. A complexidade do trabalho na AB, em especial na ESF, requer características peculiares dos profissionais, as quais não são trabalhadas ou aguçadas no período de formação acadêmica, mais especificamente na graduação, voltada muitas vezes para a especialização precoce.

Veremos a seguir que algumas falas revelam a dificuldade dos profissionais em aceitar a nova organização do trabalho; outras indicam o problema da formação e perfil profissional.

“Resistência dos profissionais ao modelo (disputa de modelos)”.

“Participação/disponibilidade dos demais profissionais, além do corpo de enfermagem”.

“Tendência ao imediatismo e necessidade de supervisão permanente”.

“Ações ainda estão muito centradas no médico”.

Conforme apresentado, a expansão da ESF em São Bernardo do Campo é um processo recente. Em 2008 eram apenas 16 equipes de saúde da família implantadas no município. A ampliação se deu gradualmente e, em 2016, o município contava com 135 equipes implantadas. Os profissionais, antes acostumados com a atuação na UBS tradicional, viram-se integrando equipes multiprofissionais, numa nova dinâmica de trabalho, com assistência às famílias e comunidade e não mais apenas o atendimento individual e especializado.

A “resistência” e a “falta de envolvimento” dos profissionais, assim como as “ações médico-centradas” citadas pelos coordenadores podem ser entendidas quando consideramos as relações envolvidas num processo de mudança. Caso não haja uma apreensão do objeto pelos diversos sujeitos – gestores, trabalhadores, usuários – reconhecendo a dimensão ética, política e cultural circunscrevendo a dimensão técnica, nas relações sociais, dificilmente haverá abertura para as mudanças almejadas (TEIXEIRA CF, 2006).

Além disso, ter que dar respostas, com resolubilidade, às diversas necessidades trazidas pelos usuários, em curto espaço de tempo, considerando a demanda espontânea por atendimento nas UBS, faz com que os trabalhadores/equipes, muitas vezes, preocupem-se em

resolver apenas a queixa imediata para que, desta forma, consigam atender todos os usuários que aguardam por um atendimento.

Segundo FRANCO (2013), a implantação do acolhimento pode ocasionar estranhamentos e tumultos no início do processo, pois se abre a porta da UBS para uma possível demanda reprimida. Os profissionais/equipes precisam ter em mente que esta demanda se estabiliza com o tempo e que precisam estar preparados e apoiados, numa relação solidária, para resolver boa parte das demandas e necessidades dos usuários no momento do acolhimento. O autor enfatiza que estudos revelam que 35% da demanda espontânea pode ser resolvida pela equipe do acolhimento, mas que são necessários outros dispositivos de cuidado, como os grupos e outras atividades envolvendo equipe interdisciplinar.

Ressalta-se que muitos profissionais, ao assumir a função de assistência à família e comunidade, não se sentem tecnicamente capazes de atender e dar respostas às diversas demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, necessitando de supervisão e matriciamento permanente.

A escolha, pela maioria dos coordenadores, pelo arranjo geral para acolhimento realizado por equipe de enfermagem possivelmente se justifica pela capacidade de resolubilidade destes profissionais tendo em vista a elevada demanda espontânea por atendimento. Além de estarem em maior número na UBS, o perfil técnico-assistencial-gerencial do enfermeiro contribui para dar maior agilidade na condução dos casos atendidos. Para um dos coordenadores entrevistados, o enfermeiro é reconhecido como a “espinha dorsal” do serviço e o principal sujeito na capilarização para a equipe sobre a importância de acolher.

Vale salientar que as equipes de saúde da família em São Bernardo do Campo, em seu modelo ampliado, contam com profissionais clínicos, ginecologistas e pediatras para realização de apoio matricial, além de psicólogos, psiquiatras e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), reforçando a atuação interdisciplinar com vistas à integralidade e resolubilidade da atenção.

A importância do envolvimento da gestão e dos apoiadores em São Bernardo do Campo foi destacada durante entrevista com a gestão central da AB.

“(...) eu não consigo ver um jeito de ajudar sem ser fazendo e discutindo no meio do processo... O papel do apoio, seja o apoiador em São Bernardo do Campo, mas um apoio para a AB...alguém externo para poder ajudar a suprir as necessidades da equipe com

artigos, literaturas, reflexões, com troca de experiências...senão ela não consegue sair daquilo, ela começa a ficar sufocada e dar respostas como triagem...”

Apesar dos entraves destacados, quando citados os avanços, surgiu o envolvimento dos profissionais nas respostas de diversos coordenadores, ressaltando a participação e o entrosamento dos profissionais/equipe multiprofissional.

“Inserção de todos os profissionais da Unidade”

“Participação de equipe multiprofissional”

“Trabalho em equipe”

De acordo com a apresentação dos resultados do questionário, as reuniões gerais, com a participação de todos os trabalhadores, e as reuniões de equipe, espaços periódicos, regulares e permanentes, foram importantes para a reflexão e discussão sobre o processo de trabalho, o que provavelmente contribuiu para o envolvimento e protagonismo dos profissionais na implantação do acolhimento.

Reforça-se que a utilização do método de cogestão oportuniza a motivação dos trabalhadores, a partir da construção coletiva, onde quem executa planeja, e a co-responsabilização nos processos decisórios, engajando-os na realização das ações.

Importante ressaltar que a gestão central possibilitou autonomia e liberdade aos coordenadores e às equipes para elaborar o modo de fazer o acolhimento nas UBS, a partir da análise situacional de cada serviço e das necessidades da população local, respeitando os limites e possibilidades no momento da implantação. Esta decisão da gestão valorizou o trabalho das equipes, reconhecendo a diversidade dos territórios, num processo horizontal de implantação.

A partir das questões relacionadas ao envolvimento dos profissionais/equipes com o trabalho, observam-se aspectos relacionados à organização do trabalho.

Alguns entraves refletiam problemas como a falta e/ou rotatividade de profissionais, assim como o tempo considerado “insuficiente” nas agendas para realização dos atendimentos.

Destaca-se aqui que a gestão municipal não trabalhou com metas de desempenho para as equipes, mas sim com ferramentas de apoio no monitoramento e avaliação das ações, com

a finalidade de possibilitar a ampliação da capacidade dos profissionais no olhar para as questões do trabalho e para o território.

A autonomia das equipes para discutir e decidir, junto com a gestão local, o melhor arranjo para o acolhimento contribuiu para que, ao serem ouvidos em suas demandas, pudessem aceitar melhor a nova organização do serviço.

No entanto, no dia a dia do trabalho, problemas estruturais acabam desmotivando o trabalhador. As falas a seguir revelam o desafio de superar a falta ou a rotatividade e a troca de profissionais nas equipes, além do (pouco) tempo na agenda para realizar o acolhimento e o atendimento às demandas espontâneas.

“Equipe multiprofissional incompleta”

“Rotatividade da equipe multi”

“Disponibilidade na agenda”

Com ou sem equipe completa, a UBS deve atender todos os usuários que procuram o serviço. Durante as doze horas de funcionamento da Unidade, as equipes devem se organizar, dentre as diversas atividades programadas, para acolher, atender e dar respostas às demandas trazidas pelos usuários.

Em relação às consultas médicas, as agendas são construídas para o atendimento de um usuário a cada quinze minutos, sendo que a cada quatro consultas, uma é reservada para a demanda espontânea. Além das consultas, períodos são reservados, para todos os profissionais da UBS, para realização de reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades de EP.

Portanto se reforça, mais uma vez, a importância da elaboração de ofertas para além das consultas médicas, com atuação da equipe multiprofissional nas diversas possibilidades de ações nos serviços de saúde.

Além disto, apesar de não haver metas de desempenho para as equipes, a AB é responsável pela melhoria de grande parte dos indicadores, com alcance de metas pactuadas localmente e com outras esferas de governo, os quais revelam a qualidade da gestão e atenção em saúde, seja nos processos como nos resultados.

Fazer cumprir a função da AB é tarefa para profissionais qualificados e dispostos a encarar toda complexidade de um serviço, em suas várias dimensões do cuidado, que propõe acolher, atender, negociar ofertas, criar vínculo, ser resolutivo, ordenar a rede e ser responsável por um território com suas mais diversas peculiaridades.

Neste sentido, a atuação de equipe multidisciplinar evidencia-se novamente como importante instrumento na qualificação do processo de cuidar.

Bom, a complexidade do trabalho na AB é evidente e, de fato, não é papel para o profissional que não esteja comprometido com esta realidade. Porém, um dos problemas reconhecidos na saúde pública é a não fixação de profissionais nos serviços de saúde. Além dos salários não serem um atrativo, em especial para os médicos, não existem projetos relacionados à carreira no SUS, possibilitando que o profissional tenha vários vínculos de contrato de trabalho e conseqüentemente vínculo precário com o serviço, a equipe e a população.

Em suma, observam-se aqui aspectos que dizem respeito ao chamado Regime Jurídico único e principalmente à regulação na relação público-privado, necessitando-se de maior amparo e suporte no âmbito legal de modo que a contratação, fixação e vínculo laboral dos profissionais não seja realizado, na prática, pelos humores do mercado.

Este problema é enfatizado pela gestão central na relação gestão e trabalhador, conforme segue.

“(...) tem uma questão na relação com os trabalhadores que não perpassa só por esta questão da assistência. Tem outros dispositivos importantes para melhorar as condições de trabalho, de uma política mais macro, como o plano de cargos e carreiras (...) que a gente não deu conta nestes oito anos (...) mantendo uma estrutura de nove mil trabalhadores...” (gestão central)

Apesar das dificuldades apontadas acima, os coordenadores reconheceram, nos avanços, mudanças importantes na organização e qualificação do serviço. A maioria das respostas está relacionada ao vínculo, resolubilidade, humanização e qualificação das ofertas de cuidado.

“Equipe conhece melhor sua população no acolhimento por equipe”

“Conhecimento e formação de maiores vínculos da equipe com usuários de sua referência”

“Queda do absenteísmo”

“Aumento da capacidade de identificar as mais variadas demandas e de intervenção nessas situações”

“Humanização no atendimento”

“Adequação das propostas de cuidado”

“Organização das agendas e aumento do cardápio de ofertas”

A qualificação do acesso, o vínculo entre as equipes e os usuários, assim como a qualificação das ofertas, são fatores essenciais para um cuidado continuado e advertem para a importância do adequado planejamento das agendas para garantir as ofertas de acordo com as necessidades dos usuários/população, reforçando a equidade no acesso.

Quanto ao absenteísmo, um importante problema enfrentado pela gestão e serviços de saúde, que repercute no mau aproveitamento das agendas e principalmente na continuidade do cuidado, os coordenadores enxergaram no acolhimento uma possibilidade de amenizá-lo. Esta percepção possivelmente está relacionada à escuta, criação e fortalecimento de vínculo com o serviço e qualificação das ofertas, além da diminuição do tempo de resposta às necessidades dos usuários.

Em relação ao acolhimento por equipe, arranjo inicialmente utilizado em doze unidades, destaca-se que, em visita a duas UBS que realizavam este arranjo, o mesmo não estava mais sendo utilizado na ocasião.

Um dos coordenadores referiu que o arranjo não estava sendo “eficiente” e por isso estavam realizando apenas o acolhimento geral pela equipe de enfermagem, além do acolhimento pela equipe de saúde bucal.

O outro coordenador referiu um aumento considerável na procura por atendimento na UBS, ocasionando em pressão por parte dos usuários quando solicitado que voltassem no dia e período da realização do acolhimento da equipe. As equipes, como consequência da pressão, não suportaram manter o arranjo e a UBS voltou a realizar apenas o acolhimento geral por equipe de enfermagem, com agendamento de consultas na recepção. Segundo o coordenador, o acolhimento por equipe havia sido uma decisão da própria equipe, após ampla discussão e experimentação do arranjo e que o mesmo estava sendo efetivo e viabilizando um melhor tempo de resposta em relação aos atendimentos e marcação de consultas, quando necessário. Porém, reconhecia que o número de equipes e a capacidade física da Unidade – ainda não reformada - não estavam conseguindo comportar o número de usuários que procuravam por atendimento, o qual vinha aumentando significativamente nos últimos tempos.

Diante de todo o exposto, o qual corrobora as diversas e importantes iniciativas e investimentos da gestão, destaca-se o processo de cogestão do trabalho e as ações de Educação Permanente como estratégias fundamentais para implementação do acolhimento na perspectiva da reorganização dos serviços.

Entretanto, é importante reforçar a necessidade de repensar e viabilizar ações e projetos que valorizem o trabalhador, tanto na perspectiva de promover maior e melhor

capacidade de atender o número de usuários, cada vez maior, nos serviços de saúde, como na possibilidade de almejar uma carreira no SUS.

5.5.2 A rede de atenção e seu papel fundamental na continuidade do cuidado

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MS, 2010c).

Longe de aprofundar o conceito e discussão sobre as RAS, a intenção aqui é buscar apresentar e discutir alguns elementos que possibilitem um olhar para a rede de atenção em São Bernardo do Campo, sua evolução e os desafios para sua implementação.

Inicialmente, apresenta-se no quadro abaixo a evolução no número de estabelecimentos de saúde e a reorganização dos serviços da rede de atenção no município.

Quadro 9. Número de estabelecimentos públicos de saúde de gestão municipal, por tipo, em São Bernardo do Campo, nos anos de 2008 e 2016.

TIPO DE ESTABELECIMENTO	2008	2016
Academia da Saúde	0	1
Central de Regulação	0	1
Central de Regulação Médica das Urgências	0	1
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	2	8
Unidade Básica de Saúde	31	34
Clínica/ Ambulatório Especializado	4	4
Farmácia	0	4
Hospital Geral	0	4
Hospital Dia	0	1
Policlínica	9	6
Pronto Atendimento	0	9
Pronto Socorro Especializado	1	0
Pronto Socorro Geral	9	0
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	1
Unidade de Vigilância em Saúde	3	5
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar-Urgência/Emergência	1	16
Unidade Móvel Terrestre	1	2
Telessaúde	0	1
TOTAL	62	98

Fonte: CNES/MS (ref. às competências dezembro dos respectivos anos)

Os dados acima revelam nitidamente os investimentos na ampliação da rede de serviços no município. Destacam-se os serviços de atenção psicossocial, de urgência e emergência e hospitalares, com a implantação de mais seis CAPS, nove UPA e quinze unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a reestruturação da rede hospitalar, com a construção do Hospital de Clínicas Municipal, além das farmácias populares.

Os serviços de referência da atenção especializada foram reestruturados e a reforma da Policlínica Centro possibilitou um aumento significativo da capacidade de atendimento, contando com mais de vinte especialidades médicas e serviços de atendimento e apoio a usuários com doenças infectocontagiosas, como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tuberculose e hanseníase. Além disto, foram implantados mais dois Centros Especializados em Odontologia (CEO), reforçando os investimentos na área de saúde bucal conforme já apresentados neste trabalho.

No que se refere à gestão das ofertas de consultas e procedimentos especializados e de apoio diagnóstico, de acordo com a necessidade dos usuários, um dos principais investimentos foi a implantação da Central de Regulação, em 2009. Até então, o município contava com uma central de vagas, com estrutura precária e sem a existência de processo regulatório para definir as prioridades de acesso. Para qualificar a gestão do acesso, todo o processo de regulação foi informatizado, possibilitando o acompanhamento sistemático das ofertas e demandas, assim como a priorização dos usuários que aguardam por atendimento.

Em relação aos atendimentos de pronto socorro (PS) e pronto atendimento (PA), com exceção do Hospital e Pronto Socorro Central, eram realizados nas chamadas “unidades combo”, as quais possuíam, no mesmo prédio, um PA/PS e uma UBS. Esta disposição dos serviços, eliminada com a construção das UPA em outros locais dos territórios, fazem com que os usuários, mesmo nos dias atuais, procurem por atendimento na UBS numa configuração de queixa-conduta, usual nos serviços de pronto atendimento, causando certa pressão nos trabalhadores e eventuais movimentos de defesa a fim de eliminá-la e retroalimentar o padrão PA, conforme relato que segue.

“(...) uma unidade grande, tensionada, que funcionava como PA (...) era uma cultura da população de PA e você lidar com isso todo dia, com essa pressão que a comunidade chega, causa certa defesa dos trabalhadores. São mecanismos de defesa que ele lança mão pra poder não sofrer tanto.” (gestão central)

Ampliada a rede de atenção, fazia-se necessário efetivá-la com a integração dos serviços para garantir a integralidade do cuidado. Para tanto, a gestão utilizou os espaços de EP já apresentados neste trabalho, em especial a EP de território, a qual contava com a participação de representantes de todos os serviços da rede municipal nos nove territórios.

Este espaço foi pensado e trabalhado numa perspectiva de construção coletiva, a partir da troca de experiência, saberes e práticas, possibilitando construções e desconstruções, por meio da apresentação e problematização de situações encontradas no cotidiano do trabalho. Assim, dada a liberdade de invenção neste processo, permite que os sujeitos elaborem intervenções buscando enfrentar os problemas no âmbito dos serviços de saúde (BARROS et al. in PINHEIRO et al., 2013).

Importantes sujeitos neste processo de construção e fortalecimento da rede, os apoiadores de rede, atuando no município desde 2010, contribuíram para a elaboração e qualificação das ações e estratégias junto aos serviços de saúde. Divididos entre os nove territórios da saúde, atuam como articuladores de rede, contribuindo para a garantia do cuidado longitudinal dos usuários.

Destacam-se duas ações pensadas e realizadas no aspecto da continuidade do cuidado, uma na rede hospitalar e outra na rede de urgência e emergência: 1) a realização do Kanban, método introduzido para a gestão do cuidado para pacientes em internação hospitalar, onde a equipe do hospital, num trabalho em conjunto com o apoiador de rede, identifica e contata a equipe da AB responsável pelo paciente para elaboração do plano de cuidado pós-hospitalar e estabelecimento e/ou fortalecimento de vínculo do usuário com a equipe/serviço; 2) a comunicação permanente das UPA com as UBS: num primeiro momento, por meio de instrumentos de registro com dados do atendimento, identificando usuários atendidos nas UPA que pertencessem a uma linha de cuidado (hipertensão arterial, diabetes, gestantes, dentre outras). Num segundo momento, comunicavam à UBS os pacientes das linhas de cuidado que ficavam em observação ou “internados”, considerando que possivelmente não estavam sendo acompanhados pelas equipes da AB.

Apesar das diversas ações e estratégias elaboradas, os coordenadores citam desafios a serem enfrentados e superados em relação à articulação da rede de atenção municipal.

“Integração com a rede de cuidado: falha em alguns pontos”.

“Conversa com outros departamentos para realização do cuidado”.

“Articulação em rede ainda tem desafios”.

“Falta de acolhimento na atenção especializada”.

A coordenação do cuidado por parte da AB, assim como a proposta de trabalho da ESF, faz com que a UBS tenha a responsabilidade de “dar respostas” às necessidades de saúde dos usuários, seja no nível básico ou em qualquer outro nível de atenção.

Essa responsabilidade deve ser compartilhada com os diversos serviços da rede, já que não é possível alcançar a integralidade do cuidado se não houver o envolvimento de toda a rede. Este ainda é um desafio enfrentado pelas equipes da AB. Apesar de todas as iniciativas para consolidação de uma rede articulada, os serviços ainda atuam de forma fragmentada, cada um na sua “especialidade”. Exceto os serviços de atendimento às urgências e emergências, os demais serviços de saúde não são “porta aberta” à população, o que não lhes causa pressão ou tensionamento direto por atendimento por parte da população, como ocorre na AB.

GOMES e PINHEIRO (2005) traduzem a integralidade, numa definição operatória, como um “modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, responsabilidade e confiança (...) uma atitude de respeito que possa expressar compromisso ético nas relações gestores/profissionais/usuários”.

Vale destacar que o acolhimento, como diretriz da PNH, deve ser incorporado e realizado por todos os trabalhadores em qualquer serviço de saúde, possibilitando o vínculo e a garantia de continuidade do cuidado, devendo ser reconhecido como prática integral na estratégia de melhoria de acesso.

Assim sendo, reorganizar e efetivar uma rede, num processo de ampliação e reestruturação física, com expansão das equipes e mudanças no modelo de atenção, é um intenso desafio que requer tempo, recursos financeiros e o envolvimento decisivo dos atores.

5.5.3 Usuários, territórios e territorialização: demandas crescentes, percursos e percalços no caminho do planejamento ao acesso universal

A territorialização é uma estratégia operacional que possibilita a delimitação geográfica da região sob responsabilidade de determinadas Unidades/equipes. Ter o território adscrito facilita o reconhecimento do perfil daquela população a partir do cadastramento, identificação de riscos, vulnerabilidades e indicadores de morbidades e mortalidades potenciais, além dos equipamentos instalados na região. Porém, o território não é uma paisagem, um pano de fundo, mas sim algo vivo, constituído por uma base humana, com seus comportamentos, crenças e representações sociais, o então chamado território vivo (SBC, 2013a).

MENDES e DONATO (2003) destacam, no processo de apropriação do território pela equipe, a possibilidade de *“conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam a depender do segmento social em que se situam”*, definindo relações de compromisso e elaborando estratégias cuja relevância social possa transformar estas condições. Mais do que isto, que as estratégias e os projetos reforcem o caráter democrático na perspectiva de conquista da cidadania.

Em São Bernardo do Campo, o processo de territorialização, realizado entre 2010 e 2012, proporcionou a discussão e organização dos serviços a partir do olhar de vários atores - gestores, trabalhadores e usuários – dos diversos serviços da SMS. A adscrição dos territórios foi baseada no mapeamento e conhecimento dos equipamentos instalados, além das características sócio-econômico-culturais das regiões.

Após amplo processo de constituição de grupos de trabalho, observação e levantamento de equipamentos e organizações das regiões, entrevistas com usuários, registros fotográficos e produção de mapas e fluxos, enfim, da aproximação e apropriação da vida nas regiões, foram consolidados nove núcleos territoriais, como vemos a seguir.

Figura 11. Divisão dos Núcleos Territoriais da saúde em São Bernardo do Campo.

NT 1		NT 2		NT 3		NT 4	
UPA Taboão/Pauliceia		UPA Rudge Ramos		UPA Vila São Pedro		UPA Baeta Neves	
UBS Taboão (Psic.)		UBS Rudge Ramos		UBS Vila São Pedro (Psic.)		UBS Baeta Neves (Psic.)	
UBS Pauliceia		UBS Mussolini (Psic.)		UBS Parque São Bernardo		UBS Vila Euclides	
UBS Jondápolis		UBS Vila Dayse		UBS Farina (Psic.)		UBS Santa Terezinha	
CAPS III Rudge Ramos		CAPS III Rudge Ramos		CAPS III Farina		CAPS III Centro	
CRE Rudge Ramos		CRE Rudge Ramos		AEM I		AEM I	
CEO Brasil Sorridente Centro		CEO Brasil Sorridente Centro		CEO Brasil Sorridente Centro		CEO Brasil Sorridente Centro	

NT 5		NT 6		NT 7		NT 8		NT 9	
UPA Silvina/Ferrazópolis		UPA Alves Dias/Assunção		UPA União/Alvarenga		UPA Demarchi/Battistini		UPA Riacho	
UBS Ferrazópolis		UBS Alves Dias (Psic.)		UBS Oliveiras		UBS Demarchi (Psic.)		UBS Santa Cruz	
UBS Selecta		UBS Nazareth		UBS União		UBS Battistini		UBS Riacho Grande	
UBS Silvina		UBS Vila Rosa		UBS Orquídeas		UBS Represa		UBS Finco	
UBS Leblon		UBS Vila Marchi		UBS Alvarenga				UBS Areião/Sabesp	
UBS Montanhão				UBS Ipê					
CAPS III Silvina		CAPS III Alvarenga		CAPS III Alvarenga		CAPS III Centro		CAPS III Centro	
CAPS III Álcool e Drogas Adulto Centro		CAPS III Álcool e Drogas Adulto Alvarenga		CAPS III Álcool e Drogas Adulto Alvarenga		CAPS III Álcool e Drogas Adulto Centro		CAPS III Álcool e Drogas Adulto Centro	
AEM I		CRE Alvarenga		CRE Alvarenga		AEM I		AEM I	
CEO Brasil Sorridente Silvina		CEO Brasil Sorridente Alvarenga		CEO Brasil Sorridente Alvarenga		CEO Brasil Sorridente Centro		CEO Brasil Sorridente Centro	

Extraída de: Caderno da Saúde SBC 3 – Territorialização. SBC, 2013.

Como pode se observar cada núcleo territorial foi composto por uma UPA e três a cinco UBS, tendo como referência serviços de atenção especializada, como CEO, CAPS e clínicas de especialidades.

Durante o processo de territorialização, foi enfatizada pelos grupos de trabalho a migração de usuários de um território para o outro – inclusive de outros municípios - para utilização dos serviços, especialmente as UBS. Após entrevista com alguns deles, identificou-se vários motivos para esta migração, como facilidade no acesso, qualidade do serviço prestador, vínculo com a equipe de saúde, dentre outros (SBC, 2013a).

Pressupõe-se que os investimentos realizados para ampliação e qualificação da rede provoquem uma maior procura por atendimento nos serviços. Considerando que na região do Grande ABC São Bernardo do Campo foi o município que mais investiu na área da saúde no período é de se esperar o crescimento da procura pelos serviços, tanto por pessoas que possuem planos privados de saúde, como por residentes em outros municípios, conforme dados de cadastro de usuários apresentados anteriormente.

A universalidade do acesso permite a utilização dos serviços no SUS por qualquer pessoa de qualquer território, porém dificulta o planejamento das ações pela gestão e equipes

locais, assim como o acompanhamento dos indivíduos e famílias no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Quanto às responsabilidades das equipes de saúde, a PNAB prevê a realização de ações para uma população determinada, inserindo como atribuição das equipes a responsabilização pela população adscrita, garantindo a integralidade na atenção e a continuidade do cuidado, a realização de busca ativa de pessoas com agravos e de práticas voltadas à comunidade, o planejamento das ações em nível local, dentre outras. Em relação ao acolhimento, reforça a realização de escuta qualificada com identificação das necessidades de saúde, por meio de atendimento humanizado e buscando estabelecimento de vínculo (MS, 2012).

Ao considerar que em São Bernardo do Campo a procura pelos serviços de saúde vem aumentando, inclusive por pessoas de outros territórios, até mesmo outros municípios, o desafio de cumprir as atribuições se torna cada vez mais complexo. Neste sentido, a territorialização não dá conta de responder às necessidades das equipes de saúde no cotidiano dos serviços.

Esta questão é abordada pelos coordenadores quando citam, entre os entraves para a realização do acolhimento, o crescimento da demanda e número elevado de pessoas cadastradas nas equipes/Unidade.

“Grande demanda X oferta de agenda (consultas, exames)”.

“Demanda elevada”

“Território - pessoas de outros territórios buscam a UBS”

“Perfil do território”

“Número da população adscrita na UBS”

“Crescimento populacional”

“Número de pessoas por equipe”

Em relação ao perfil do território, entende-se no sentido de vulnerabilidades e/ou de migração, principalmente nas UBS que fazem divisa com outro município. Como já foi apresentado, nestas UBS o número de usuários residentes em outros municípios pode chegar a 25% do total de cadastrados.

Além disto, as unidades contam com equipes de saúde da família em um modelo ampliado, com até 8.000 pessoas cadastradas em sua área de abrangência, conforme já

apresentado anteriormente. Apesar de terem um número maior de profissionais, o número de pessoas sob sua responsabilidade se torna um desafio, principalmente quando se considera a saída e rotatividade de profissionais das equipes/UBS.

Reforça-se nesta discussão a complexidade de se repensar e elaborar as ofertas de acordo com as demandas – crescentes – e as necessidades de saúde dos usuários e da população. Assim, destaca-se a relevância da participação da comunidade – participação social – no desenvolvimento de estratégias que ampliem a capacidade de organização e negociação das ofertas e, conseqüentemente, amenizem algumas causas de sofrimento do trabalhador, no que diz respeito à sobrecarga de trabalho e pressão dos usuários. Portanto, retoma-se a importância da atuação do Conselho Gestor Local como principal meio de fortalecer a participação popular.

Neste sentido, a participação efetiva da população nas discussões e na implementação das ações nos serviços de saúde e do acolhimento poderia suavizar ou evitar alguns conflitos na relação usuário-serviço.

A “dificuldade na compreensão e aceitação” por parte dos usuários foi citada por vários coordenadores como entrave na implantação do acolhimento.

“Dificuldade de compreensão pela população que acolhimento não é consulta”

“Negativa da população que quer apenas a data da consulta naquilo que demanda”

“Informação à população (que precisa entender a importância do acolhimento)”

“Compreensão do usuário - expectativa de atendimento de pronto socorro”

“Aceitação da população”

“Entendimento da população sobre o papel da UBS”

“Usuários entendem o acolhimento como algo burocrático”

Porém, esta mesma dificuldade foi citada, em maior número, em relação aos profissionais, o que demonstra que a implementação do acolhimento como reorganização do serviço necessita de muita discussão, problematização e participação de todos os atores.

A dificuldade na compreensão e na aceitação do acolhimento por ambas as partes reverbera o modelo biomédico por décadas incorporado nos serviços de saúde, assim como a concepção que os indivíduos têm sobre saúde.

Além disto, tanto os usuários como os próprios profissionais da saúde são atravessados e/ou iludidos permanentemente pelo mercado de bens e serviços difundidos por meio do

discurso de autoridade, científico, e da ênfase no consumo de procedimentos de alta tecnologia bombardeados e amplificados incessantemente nos meios de comunicação e nas chamadas “redes sociais”.

Apesar dos desafios e dificuldades apresentados acima, os coordenadores reconhecem os avanços proporcionados pelo acolhimento no que se refere ao território e sua população, entre os quais se destacam o (re)conhecimento da população da área de abrangência e seu perfil epidemiológico e o fortalecimento de vínculo entre UBS/equipe e população.

“Construção do perfil epidemiológico”

“Conhecimento das demandas”

“Reconhecimento do território de abrangência”

“Melhoria no acesso, vínculo e mapeamento das necessidades em saúde”

“Aproximou as equipes de suas populações”

“Equipe conhece melhor sua população no acolhimento por equipe”

“Conhecimento e formação de maiores vínculos da equipe com usuários de sua referência”

Quando se trata de demandas e necessidades de saúde e das possíveis ofertas de cuidado disponíveis, o encontro entre usuário e profissional de saúde requer deste último muita disponibilidade para a escuta e a criação de vínculo, considerando as expectativas do usuário e o que de fato o serviço pode oferecer, reconhecendo as necessidades trazidas pelo usuário “travestida” de uma demanda específica. Sendo assim, o vínculo se estabelece a partir de uma postura acolhedora do profissional, que dá segurança ao usuário e possibilita relações de longa duração, o que facilita a longitudinalidade de práticas integrais.

Na perspectiva de mudanças no perfil epidemiológico, das demandas e necessidades de saúde no território, o acolhimento se configura como importante dispositivo na identificação de problemas e necessidades de saúde que necessitem de intervenção, auxiliando as equipes e a gestão na condução do planejamento das ações e estratégias a fim de mudar uma situação de saúde.

Esta percepção dos coordenadores salienta o esforço dos profissionais e equipes na realização de uma escuta qualificada, oportunizando o espaço do encontro para a criação e fortalecimento de vínculos e corresponsabilização pelo cuidado. Reforça, ainda, a utilização dos instrumentos de registro dos dados do acolhimento como ferramenta significativa no apoio ao planejamento das ações do serviço.

A sensibilização para o reconhecimento de subjetividades no encontro entre usuários e trabalhadores, a partir de uma escuta qualificada, é essencial para o fortalecimento de vínculos e para que o acolhimento seja realizado como instrumento potencializador para o acesso e integralidade no cuidado.

Da mesma maneira, a participação e sensibilização dos usuários quanto à importância do acolhimento e o papel da UBS propicia uma melhor compreensão e negociação quanto às ofertas e limites existentes no sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos etimológicos acolher vem do latim vulgar ACOLLIGERE, “levar em consideração, receber, acolher”. Surge do radical LEGERE, mais o prefixo A “AD” - “reunir, juntar” -, e ainda a preposição COM, “junto” (Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa, 2017).

Assim, não deixa de ser curioso que a despeito da acepção geral de hospedar, dar crédito, levar em consideração, acolher tenha raízes em “reunir junto, com”. Que apresente também o sentido de algo que só se possa fazer *reunindo conjuntamente*.

Como vimos neste trabalho, o acolhimento é um fenômeno subjetivo, complexo e pode ter diferentes sentidos atribuídos pelos indivíduos. Porém, ele pode constituir a primeira possibilidade de efetivação das diretrizes operacionais da ESF e dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica. O conflito entre as necessidades dos usuários e o que a instituição tem a oferecer pode revelar as mudanças no modelo de atenção.

Para tanto, as transformações necessárias passam por mudanças na postura da equipe, pela valorização de novos saberes e do diálogo permanente entre profissionais e entre profissionais e usuários, construindo e fortalecendo vínculos numa relação de confiança e solidariedade entre os sujeitos (GOMES e PINHEIRO, 2005).

Nesse sentido, o acolhimento, como proposta explicitada na Política Nacional de Humanização (PNH), confirma-se como diretriz e como dispositivo fundamental na interação e inter-relação entre equipes, agentes e saberes na chamada “tecnologia relacional”. Por meio do envolvimento de todos os serviços da rede de saúde e da gestão – inseparabilidade ente gestão e atenção -, num processo de construção coletiva, é possível se alterar os “modos de fazer”.

O processo de mudança do modelo de atenção à saúde é extremamente complexo e exige um conjunto de iniciativas macro sistêmicas - formulação e implementação de políticas bem como mecanismos efetivos de regulação - que criem condições para as mudanças ao nível micro - mudança das práticas e na forma de organização do processo de trabalho -, buscando um ajuste possível entre as ofertas e as necessidades de saúde da população (TEIXEIRA CF, 2006).

Organizar o acolhimento nas UBS implica em significativas mudanças na forma de atender aos usuários, desde a sua entrada – recepção – até a oferta de serviços – atenção – que

atenda às suas necessidades de saúde. Para isto, é necessário preparar o serviço considerando todos os aspectos relevantes para uma assistência qualificada e resolutiva.

Em São Bernardo do Campo, a reestruturação física das UBS foi uma iniciativa fundamental para propiciar um local com ambiência adequada para receber e atender a população, possibilitando uma escuta qualificada em sala apropriada para a realização do acolhimento e da classificação de risco.

Paralelamente, a gestão investiu significativamente na contratação de profissionais e na ampliação da ESF, em busca da mudança do modelo de atenção em saúde, reconhecendo a AB como principal porta de entrada e coordenadora do cuidado.

Para a implantação do acolhimento nas UBS, visando garantir o acesso universal com atendimento humanizado, a gestão se baseou nas diretrizes da PNH, PNAB, do Caderno de Acolhimento do MS e da nova Política Municipal de AB, por meio da construção coletiva do Documento Norteador da AB, além da revisão dos protocolos municipais de enfermagem.

As diretrizes serviram como um norte para o desenvolvimento das ações e implantação do acolhimento, já que o processo se deu respeitando o momento de cada UBS, com um grau de liberdade e autonomia que pudesse fortalecer a participação dos profissionais e garantir uma horizontalidade nas decisões de cada serviço, num processo de cogestão.

A partir das primeiras discussões sobre humanização, em 2009, os temas humanização e acolhimento se tornaram pautas permanentes nos diversos espaços da gestão e da atenção, pensados para garantir a participação coletiva dos trabalhadores, gestores e usuários na implementação da nova Política Municipal da AB, com ações e estratégias previstas nos Planos Municipais de Saúde, discutidas e aprovadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

A criação e fortalecimento dos espaços de cogestão e de participação popular foram estratégias fundamentais para buscar garantir a sustentabilidade das ações e foram desenvolvidos na prática de educação permanente, por meio da produção de conhecimentos a partir da realidade vivida pelos diversos atores.

Neste estudo se destacaram como espaços expressivos para a implantação do acolhimento os encontros de Educação Permanente nos territórios e as reuniões realizadas no âmbito dos serviços de saúde, espaços regulares e permanentes com participação dos gestores e trabalhadores de saúde. O curso de Especialização em Gestão dos Serviços Públicos de Saúde foi apontado, também, como importante instrumento na elaboração de estratégias para o acolhimento por meio da discussão e problematização da realidade dos serviços.

Em relação à participação popular e controle social houve um intenso e significativo movimento para efetivação de um processo de gestão compartilhada com a sociedade, com aprovação de leis e regimentos sobre a atuação dos Conselhos e sua reorganização, a realização das Conferências Municipais de Saúde, cursos de capacitação, PPA-Participativo, além da criação de uma gerência para atuar lado-a-lado com os conselheiros.

No entanto, o estudo revelou fragilidades quanto à atuação dos Conselhos Gestores das Unidades, com necessidade de fortalecer os espaços de discussões, assim como sua representatividade, para que de fato exerça sua função junto à comunidade e os serviços.

A elaboração, pelas equipes de saúde, de protocolos e instrumentos de registro dos dados do acolhimento objetivou a qualificação do atendimento e possibilitou apoio no planejamento das agendas e na elaboração das ofertas.

A ampliação e qualificação das ofertas para além das consultas médicas confirmaram o envolvimento da equipe multiprofissional nas diversas agendas do serviço, reforçando a clínica ampliada, assim como os dados dos SIS confirmaram a ampliação da participação dos usuários nas atividades e práticas em grupo e nos atendimentos realizados pelos diversos profissionais de nível superior, revelando o resultado dos esforços para a mudança no modelo de atenção.

Tanto a participação nas diversas ofertas dos serviços como a queda no absenteísmo podem revelar a criação e fortalecimento de vínculos entre usuários e profissionais/equipes/serviço. Além disto, a “demanda” crescente revelada pelos dados dos SIS e reforçada pelos coordenadores também podem ser indicativo dos vínculos proporcionados na relação entre os sujeitos.

O vínculo, elemento fundamental para concretização dos princípios da AB, o qual segundo os coordenadores foi fortalecido com o acolhimento, exerce forte inter-relação com a resolubilidade da atenção, a qual só pode ser alcançada por meio de escuta qualificada, traduzindo as demandas trazidas pelos usuários em necessidades de saúde. Na percepção dos coordenadores, o acolhimento e a equipe nele envolvida demonstraram boa capacidade resolutiva, com diminuição do tempo de resposta para os casos atendidos em demanda espontânea.

Reconhecida como centro das intervenções e práticas das equipes nos serviços de saúde, as necessidades de saúde norteiam o planejamento das agendas em busca pela integralidade da atenção, ainda que as demandas se apresentem sempre de modo individual e particular.

No âmbito das UBS, confirmaram-se os esforços das equipes na elaboração de um amplo cardápio de ofertas. No entanto, considerando que as necessidades de saúde muitas vezes requerem outros níveis de atenção, o presente estudo revelou fragilidade na articulação com os demais serviços da rede de saúde municipal. Apesar das diversas iniciativas de aproximar os serviços – encontros de EP nos territórios, estratégia de apoiadores, matriciamento, dentre outras – os gestores demonstraram a necessidade de reforçar as ações relacionadas à integração dos serviços, fortalecendo a AB como coordenadora do cuidado e garantindo a longitudinalidade na atenção.

Neste aspecto, destacam-se as ações desenvolvidas e realizadas no âmbito da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, em especial com o Comitê Municipal de Mortalidade Fetal, Infantil e Materna, que resultaram na melhoria dos indicadores, principalmente na redução significativa da mortalidade infantil.

No que se refere à apropriação do trabalho por meio das informações em saúde, apoiando o planejamento das ações, a gestão possibilitou a informatização de toda a rede e fomentou a elaboração e utilização, pelos gestores e trabalhadores, de instrumentos de monitoramento e avaliação das ações no âmbito dos serviços de saúde.

O presente estudo evidenciou esforços significativos da gestão e das equipes de saúde na implementação do acolhimento nas UBS, os quais possibilitaram o fortalecimento das equipes e a qualificação da atenção por meio de ações e iniciativas que buscaram situar o usuário e suas necessidades de saúde no centro do atendimento.

No entanto, diversos desafios precisam ser enfrentados pela gestão e equipes de saúde para que se efetive a mudança no modelo de atenção.

No que tange ao profissional, depara-se com a formação - voltada às especialidades -, o vínculo e a contratação e a sua concepção de saúde e do próprio acolhimento – e os novos modos de fazer. Vale destacar que grande parte dos arranjos para realização do acolhimento conta apenas com a atuação da equipe de enfermagem, corroborando o que alguns estudos revelaram sobre a sobrecarga destes profissionais e a preocupação de que o acolhimento seja realizado como triagem ou pronto atendimento.

Neste sentido, importante ressaltar a necessidade de concretizar o acolhimento como diretriz, como postura ética comum a toda a equipe.

Quanto aos usuários, revela-se uma demanda crescente por atendimento e migração de pessoas de outros territórios, inclusive outros municípios. No que se refere à compreensão quanto ao acolhimento, é preciso intensificar os canais de diálogo e participação popular no

âmbito dos serviços de saúde, ampliando a capacidade de mudança na concepção sobre demanda e necessidade de saúde e reforçando sua capacidade de corresponsabilização pelo cuidado.

Em relação à gestão, faz-se necessário intensificar as estratégias para qualificar e consolidar uma rede articulada, fortalecendo a AB como coordenadora do cuidado, assim como ações de valorização do trabalhador, na perspectiva de criação de planos de cargo, carreiras e salários, possibilitando melhores vínculos e fixação de profissionais nos serviços o que implica, inclusive, em aspectos macro políticos relativos ao regime jurídico e regulação da força de trabalho.

Na perspectiva da centralidade da atenção no usuário, é preciso ampliar os esforços para a inversão da lógica do cuidado, do foco na produção de consultas e procedimentos ao estímulo permanente das equipes na construção de novas práticas de cuidar.

Dentre todas as iniciativas para implantação e implementação do acolhimento nas UBS, destacam-se: a implementação de uma *nova política para a AB*, com diretrizes claras quanto ao atendimento à demanda espontânea, e a criação e valorização dos diversos *espaços colegiados* e de *encontros*, realizados na lógica *de EP*, onde todos são “convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva (...) com poderes iguais sobre o território de que falam” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Para BENEVIDES e PASSOS (2005) “o confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos”.

Assim, reforçando a indissociabilidade entre a gestão e a atenção, ou seja, apenas se mudam as práticas e a maneira de atender nos serviços de saúde se for alterada a organização do processo de trabalho, o acolhimento, como dispositivo associado, se apresenta capaz de contribuir na mudança do modelo de atenção em saúde no marco da Atenção Básica e na consolidação do próprio Sistema Único de Saúde.

O DIREITO AO DELÍRIO

(...) Mesmo que não possamos adivinhar o tempo que virá, temos ao menos o direito de imaginar o que queremos que seja.

As Nações Unidas tem proclamado extensas listas de Direitos Humanos, mas a imensa maioria da humanidade não tem mais que os direitos de: ver, ouvir, calar.

Que tal começarmos a exercer o jamais proclamado direito de sonhar?

Que tal se delirarmos por um momentinho?

Ao fim do milênio vamos fixar os olhos mais para lá da infâmia para adivinhar outro mundo possível.

O ar vai estar limpo de todo veneno que não venha dos medos humanos e das paixões humanas.

As pessoas não serão dirigidas pelo automóvel, nem serão programadas pelo computador, nem serão compradas pelo supermercado, nem serão assistidas pela televisão.

A televisão deixará de ser o membro mais importante da família.

As pessoas trabalharão para viver em lugar de viver para trabalhar.

Se incorporará aos Códigos Penais o delito de estupidez que cometem os que vivem por ter ou ganhar ao invés de viver por viver somente, como canta o pássaro sem saber que canta e como brinca a criança sem saber que brinca.

Em nenhum país serão presos os rapazes que se neguem a cumprir serviço militar, mas sim os que queiram cumprir.

Os economistas não chamarão de nível de vida o nível de consumo, nem chamarão qualidade de vida à quantidade de coisas.

Os cozinheiros não pensarão que as lagostas gostam de ser fervidas vivas.

Os historiadores não acreditarão que os países adoram ser invadidos.

O mundo já não estará em guerra contra os pobres, mas sim contra a pobreza.

E a indústria militar não terá outro remédio senão declarar-se quebrada.

A comida não será uma mercadoria nem a comunicação um negócio, porque a comida e a comunicação são direitos humanos.

Ninguém morrerá de fome, porque ninguém morrerá de indigestão.

As crianças de rua não serão tratadas como se fossem lixo, porque não haverá crianças de rua.

As crianças ricas não serão tratadas como se fossem dinheiro, porque não haverá crianças ricas.

A educação não será um privilégio de quem possa pagá-la e a polícia não será a maldição de quem não possa comprá-la.

A justiça e a liberdade, irmãs siamesas, condenadas a viver separadas, voltarão a juntar-se, voltarão a juntar-se bem de perto, costas com costas.

Na Argentina, as loucas da Praça de Maio serão um exemplo de saúde mental, porque elas se negaram a esquecer nos tempos de amnésia obrigatória.

A perfeição seguirá sendo o privilégio tedioso dos deuses, mas neste mundo, neste mundo avacalhado e maldito, cada noite será vivida como se fosse a última e cada dia como se fosse o primeiro(...)

(Eduardo Galeano)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida R. Estudo de Caso: foco temático e diversidade metodológica. In: Serviço Social do Comércio – SESC e Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo. São Paulo: SESC: CEBRAP; 2016.

Barros MEB, Silva FH, Gomes, R. Incubadoras da integralidade e trabalho em equipe: exercícios formativos. Incubadora: do que estamos falando? In: Pinheiro R, Neto JSM, Ticianel FA, Spinelli MAS, Silva AG Jr, organizadores. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ CEPESC: LAPPIS: ABRASCO; 2013.

Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2005 mar-ago;9(17):389-406.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Campos O. O estudo da demanda e das necessidades e sua importância para o planejamento de saúde. Rev. Saúde Pública. 1969;3(1):79-81.

Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(4):863-70.

Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-77.

Cavalcante Filho JB, Vasconcelos EMS, Ceccim RB, Gomes LB. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009;13(31):315-28.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2004;14(1):41-65.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO; 2001. p. 113.

Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP). 25 anos SUS e COSEMS/SP. Da Constituinte 1988 ao Decreto 7.508/2011. Os eventos e episódios históricos que marcaram a luta dos gestores municipais, em São Paulo, por um sistema de saúde integral, equânime e universal. São Paulo; 2012.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do SUS. Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003. Brasília; 2003. (Coleção Progestores; ISBN 85-89545-02-4).

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2016.

Costa JSD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública?”. *Rev. Bras. Epidemiologia*. 2006;9(1):144-6.

Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/Continuidade do Cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl 1):1029-42.

Scorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica/ Pan Am J Public Health*. 2007;21(2):164-76.

Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo Assistencial em Saúde: conceitos e desafios para a Atenção Básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1869-78. (Temas livres).

Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. Saúde Coletiva* [internet]. 2009 [acesso em 01 out 2017];14(3):743-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>.

Franzese C. Administração Pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHD, organizadores. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Hucitec: Cealag; 2011.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1999;15(2):345-53.

Franco TB. Acolhimento: algumas perguntas e algumas respostas [filme]; [internet]. [S.l.]: NUTICS/DAB/SAIS/SESAB; 2013 [acesso em 23 set 2016]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TKLFYFfapaQ>

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS/IMS/UERJ: Abrasco; 2006. p. 459-73.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Scorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 575-625.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2005 mar-ago;9(17):287-301.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama São Bernardo do Campo – SP [internet]. 2017 [acesso em 02 ago 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-docampo/panorama>

Lacerda A, Valla VV. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Neto JSM, Ticianel FA, Spinelli MAS, Silva AG Jr, organizadores. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC: LAPPIS: ABRASCO; 2013.

Marconi MA, Lakatos EV. Metodologia Científica. São Paulo: Atlas; 2011.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004 set-out;20(5):1411-16.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. Rev. APS. 2009 abr-jun;12(2):204-13.

Mendes R, Donato AF. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. Sanare Rev Pol Públicas. 2003 jan-fev-mar;4(1):39-42.

Michaelis. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [internet]. [S.l.]; 2017 [acesso em 31 dez 2017]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. bras. saúde materna infantil; 2003. 3(1): 113-125.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool - pcatool*. Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília (DF); 2010.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 30 dez 2010;Seção 1:88.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n.28, v.1).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília (DF); 2013. (Cadernos de Atenção Básica; n.28, v.2).

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF); 2013.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015. 2. ed. Brasília (DF); 2014.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde [internet]. [acesso em 04 ago 2017]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8): 2071-85.

Moraes IHS. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício de cidadania*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

Moraes IHS. *Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação*. Salvador: Casa da Qualidade; 2002.

Neto OC. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Deslandes SF, Neto OC, Gomes R, Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 1994.

Noronha JC, Dias L, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Organização Mundial de Saúde. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS; 1978.

Organização Pan–Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007.

Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Penna CMM, Faria RSR, Rezende GP. Acolhimento: Triagem ou estratégia para universalidade do acesso na Atenção à Saúde? REME – Rev. Min. Enferm. 2014 out-dez;18(4):815-22.

Reis AAC, Bertussi DC, Fuentes ICP. A Gestão do Cuidado na Rede de Saúde em São Bernardo do Campo: Enfrentando Desafios e Tecendo Novos Arranjos. In: Souza MF; Franco MS; Mendonça AVM. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. São Paulo: Saberes; 2014. p. 206-42.

Scholze AS, Duarte Junior CF, Flores e Silva W. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2009;13(31):303-14.

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP). SUS no estado de São Paulo: Atualizações para os gestores municipais. São Paulo; 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos da Saúde SBC. Volume 2. Saúde Mental: tratamento aberto com respeito à cidadania. São Bernardo do Campo (SP); [s.d.].

Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São Bernardo do Campo (SP); 2010.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2009. São Bernardo do Campo (SP); 2010.

Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos da Saúde SBC. Volume 1. Controle e participação social: encontro entre governo e sociedade. São Bernardo do Campo (SP); 2011.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2010. São Bernardo do Campo (SP); 2011.

Secretaria Municipal de Saúde. Cadernos da Saúde SBC. Volume 3. Territorialização: o conhecimento vivo das regiões de saúde do município. São Bernardo do Campo (SP); 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2012. São Bernardo do Campo (SP); 2013.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2013. São Bernardo do Campo (SP); 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2014-2017. São Bernardo do Campo (SP); 2014.

Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes e estratégias para organização do trabalho na Atenção Básica. Documento Norteador. São Bernardo do Campo (SP); 2015.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2015. São Bernardo do Campo (SP); 2016.

Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2016. São Bernardo do Campo (SP); 2017.

Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Apoio à Gestão do SUS. Boletim de Monitoramento da Gestão Municipal do SUS – Agosto 2017. São Bernardo do Campo (SP); 2017.

Silva MRF, Pontes RJS, Silveira LC. Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. Rev. Enferm. UERJ. 2012 dez;20 Spec N°:784-8.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família. Salvador: Edufba; 2006.

Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R e Mattos RA, organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. p. 91-113.

Triviños ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vidal TB. Acesso Avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em Atenção Primária à Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

Yin RK. Pesquisa Estudo de Caso - Desenho e Métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 1994.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO – COORDENADORES DE UBS

Nome da UBS: _____

TEMPO na Gerência desta UBS (EM ANOS):

() até 01 () entre 01 e 03 () de 03 a 05 () 06 ou mais

TEMPO em Cargos / Funções de Gestão na área da Saúde (EM ANOS):

() até 01 () entre 01 e 03 () de 03 a 05 () 06 ou mais

FORMAÇÃO acadêmica (grau e área):

() Especialização. Área: _____

() Residência multiprofissional. Área: _____

() Mestrado. Área: _____

() Doutorado. Área: _____

() Outras: _____

ACOLHIMENTO NA UBS

IMPLANTAÇÃO

1) QUANDO foi implantado o acolhimento na UBS? (MM/AAAA)

____/____

2) Qual foi o ARRANJO ORGANIZATIVO escolhido/utilizado pela UBS para a realização do Acolhimento?

Assinale uma ou mais alternativas

- () Geral, realizado por um profissional da enfermagem
- () Geral, realizado por qualquer profissional (enfermagem, médicos, dentistas, psicólogos, etc.)
- () Por equipe, em períodos pré-determinados
- () Acesso avançado
- () Realizado pela recepção
- () Outro. Qual? _____

3) Com qual REGULARIDADE / PERIODICIDADE o Acolhimento é realizado?

- () Durante TODO o período de funcionamento da Unidade
- () Em DIAS e/ou HORÁRIOS específicos

FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO

Avalie os itens abaixo, anotando no quadro, numa escala de 1 a 10, onde **1 significa "Totalmente Insatisfatório" e 10 "Totalmente Satisfatório"**

4) Capacitações realizadas para implantação do Acolhimento, através do QualiSUS	
5) Ofertas de cursos/capacitações que abordem o tema Acolhimento	

AMBIÊNCIA/INFRA-ESTRUTURA

6) Avalie os itens relacionados ao Espaço Físico da UBS, onde **1 significa "Totalmente Inadequado"** e **10 "Totalmente Adequado"**

Cores		Iluminação	
Cheiros		Sons/Ruídos	
Mobiliário		"Sala do Acolhimento"	

ACESSO (UNIVERSALIDADE/ RESOLUBILIDADE/ PRIORIZAÇÃO)

Nas afirmações abaixo, indique, numa escala de 1 a 10, onde **1 significa "Discordo Totalmente"** e **10 "Concordo Totalmente"**, sua opção quanto a concordância:

7) O Acolhimento AUMENTOU o acesso dos usuários a UBS/equipes	
8) O Acolhimento QUALIFICOU o acesso dos usuários a UBS/equipes	
9) O TEMPO DE ESCUTA durante o Acolhimento é adequado para o cuidado num primeiro momento	
10) O Acolhimento consegue ser RESOLUTIVO na maioria dos casos atendidos	
11) O Acolhimento CONTRIBUI para VÍNCULO ao serviço	
12) O Acolhimento CONTRIBUI para a CO-RESPONSABILIZAÇÃO em outras ações com demais profissionais e equipe	

13) Cite 3 indicadores utilizados para avaliar o ACESSO:

14) Cite 3 indicadores utilizados para avaliar a RESOLUBILIDADE do Acolhimento:

15) Quanto a ELABORAÇÃO de PROTOCOLO INTERNO para o Acolhimento:
Assinale uma ou mais alternativas

- Elaborado com a participação dos Profissionais da UBS
- Elaborado por Equipe Técnica externa a UBS
- Elaborado pela Gestão da AB
- Elaborado com a participação do Conselho Gestor / Usuários
- Outros _____
- Não se aplica

INTEGRALIDADE / CLINICA AMPLIADA

Nas afirmações abaixo, responda de acordo com sua concordância:					
Legenda: CT - Concordo Totalmente CP – Concordo Parcialmente NC/ND - Não Concordo e Nem Discordo D – Discordo Parcialmente DT - Discordo Totalmente					
16) O Acolhimento impactou consideravelmente na ampliação do CARDÁPIO de OFERTAS disponíveis aos usuários	CT	CP	NC/ND	DP	DT
17) A partir do Acolhimento houve uma ampliação na participação dos usuários nos GRUPOS, ATIVIDADES COLETIVAS e demais AÇÕES ofertadas pelo serviço	CT	CP	NC/ND	DP	DT
18) Os profissionais da equipe multidisciplinar PARTICIPAM EM GRAU ADEQUADO do cuidado ao usuário (PTS, consultas, matriciamento, grupos, etc.)	CT	CP	NC/ND	DP	DT
19) A ARTICULAÇÃO EM REDE no acesso aos demais serviços de saúde/ níveis de atenção responde às expectativas da Atenção Básica	CT	CP	NC/ND	DP	DT
20) O Acolhimento contribuiu positivamente no TEMPO DE RESPOSTA dos serviços (consultas, exames, tratamentos, etc.) para continuidade do cuidado.	CT	CP	NC/ND	DP	DT

LONGITUDINALIDADE/ VINCULO/ CORRESPONSABILIZAÇÃO

Quanto às afirmações abaixo, responda de acordo com o grau de frequência:				
Legenda: S – Sempre MV – Maioria das vezes AV – Algumas vezes R – Raramente				
21) As equipes conhecem os USUÁRIOS de sua área de abrangência assim como características sócio-culturais das famílias/comunidade	S	MV	AV	R
22) As equipes conhecem o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO do território adscrito.	S	MV	AV	R
23) O atendimento aos usuários, nas DEMANDAS ESPONTÂNEAS é realizado pelos profissionais da equipe de referência	S	MV	AV	R
24) As CONSULTAS AGENDADAS são realizadas pelos profissionais da equipe de referência	S	MV	AV	R

25) Os usuários têm garantido o retorno para a CONTINUIDADE do cuidado na UBS	S	MV	AV	R
---	---	----	----	---

GESTÃO PARTICIPATIVA/ COGESTÃO/ DIREITOS DOS USUÁRIOS

26) COMO avalia os ESPAÇOS DE GESTÃO utilizados para discussão e planejamento da IMPLANTAÇÃO do Acolhimento?

Utilize a escala de 1 a 10, onde **01 significa "Totalmente Insatisfatório" e 10 para "Totalmente Satisfatório"**

Colegiado Pleno		Colegiado DABGC	
Encontros de Educação Permanente no território		Encontros com Consultor Externo	
Especialização Gestores			

27) Em QUAIS ESPAÇOS e DE QUAIS MODOS os USUÁRIOS/COMUNIDADE participaram na implantação do Acolhimento?

Assinale uma ou mais alternativas

- () Reuniões com CGL () Encontros com a comunidade no território
 () Outras: _____

28) Como você avalia os ESPAÇOS utilizados pelas equipes para REFLEXÃO e DISCUSSÃO sobre seu PROCESSO DE TRABALHO.

Utilize escala de 1 a 10, onde **1 significa "Pouco Contribui" e 10 "Contribui Fortemente"**

Reuniões Gerais (todos os trabalhadores)		Encontros de Educação Permanente no território	
Reuniões de Equipe		Reuniões Técnicas	
Encontros com usuários (incluindo reuniões com Conselho Gestor Local)			

29) Quais foram as ESTRATÉGIAS utilizadas para comunicar/informar a comunidade sobre a nova organização da UBS?

Assinale uma ou mais alternativas

- () Reuniões com Conselho Gestor Local () Banner / Folhetos
 () Encontros com os usuários no território () Visitas Domiciliares dos ACS
 () Durante as consultas e atendimentos na UBS () Não se aplica
 () Outras. Quais? _____

INSTRUMENTOS E INICIATIVAS

30) Quais os instrumentos utilizados para registro dos dados do acolhimento, EXCETO as fichas do e-SUS AB e SIASUS?

Assinale uma ou mais alternativas

- Livros Planilhas Não se aplica
 Outros. Quais? _____

31) Caso utilizem, QUAIS dados são coletados nos instrumentos mencionados acima?

Assinale uma ou mais alternativas

- Nome Idade Sexo
 Matrícula Cartão Nacional de Saúde
 Conduta/Encaminhamento Equipe territorial responsável
 Profissional(s) responsável(s) pelo Acolhimento Demanda/Queixa
 Outros. Quais?

32) Qual é a IMPORTÂNCIA e UTILIZAÇÃO dos dados/informações coletadas no Acolhimento PARA:

Utiliza escala de 1 a 10, onde 1 significa "POUCA" e 10 "MUITA"

(Re) conhecimento do território	
Identificação das principais demandas	
Elaboração de PTS	
Planejamento das agendas/ofertas	
Planejamento de ações locais de formação/educação permanente	
Planejamento / Diagnóstico de Situação de Saúde	
Ações Intersetoriais	
Vínculo/ Continuidade	
Integralidade / Atenção Especializada	

33) Cite três principais “entraves” para realização do Acolhimento segundo a PNAB, Política Municipal de AB.

34) Cite três principais “avanços” com a realização do Acolhimento segundo a PNAB, Política Municipal de AB.

ANEXO II

ROTEIRO ENTREVISTA - GESTÃO CENTRAL

- Como avalia o Acolhimento, em São Bernardo do Campo, como dispositivo capaz de contribuir na reorientação da lógica da organização do serviço, na busca pela efetivação da mudança no modelo de atenção (AB coordenadora do cuidado)?
- Quais os avanços percebidos com a implantação do Acolhimento nas UBS em São Bernardo do Campo (considerar PNAB, PNH, Caderno Norteador AB SBC - abrangendo “organização do serviço”, “cogestão”, “vínculo/relação com usuários”, "corresponsabilização")?
- Quais são os principais entraves para realização do Acolhimento nas UBS (considerar PNAB, PNH, Caderno Norteador AB SBC)?
- Quais os indicadores escolhidos/elaborados para avaliar a efetividade do Acolhimento na reorganização das ações de saúde (atuação transdisciplinar e integrada com foco no usuário/comunidade)?
- De que modo e em quais espaços estes indicadores são utilizados/discutidos com os gestores e trabalhadores?

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Juliana Bonelli Rodrigues; sou aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Venho, por meio deste, convidá-lo(a) a participar, de forma voluntária, do estudo intitulado "O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo - SP", o qual tem como objetivo analisar avanços e desafios do acolhimento como dispositivo reorientador da atenção e da gestão do cuidado na produção em saúde segundo os fundamentos da Política Nacional de Humanização visando a efetivação da Atenção Básica e a consolidação do SUS. Neste estudo, serão abordadas as ações e iniciativas realizadas na implementação do acolhimento nas Unidades Básicas do município de São Bernardo do Campo.

Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, com duração aproximada de 30 minutos, e aplicação de questionário aos gestores, trabalhadores e usuários (Conselho Gestor Local) da Atenção Básica. As entrevistas seguirão um roteiro e, caso sejam gravadas, serão posteriormente transcritas na íntegra.

A Senhora ou Senhor terá liberdade de solicitar qualquer esclarecimento, quantas vezes se fizer necessário, e está garantida a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para suas funções. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com o orientador, e serão mantidas em sigilo e confidencialidade, inclusive informações pessoais. Informo, ainda, que os dados coletados utilizando gravador de voz serão gravados e seu conteúdo armazenado em forma de arquivo digital em computador de uso pessoal da pesquisadora.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa. A qualquer momento, a Senhora ou o Senhor poderá solicitar informações sobre a pesquisa e seu andamento.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os responsáveis por esta pesquisa são: Juliana Bonelli Rodrigues, telefone (11) 97236-3771 e Prof. Dr. Lauro Cesar Ibanhes (orientador), que pode ser encontrado no Instituto de Saúde, telefone: (11) 3116-8510 ou (11) 98521-1331. Além disso, qualquer dúvida referente a aspectos éticos do estudo poderá ser esclarecida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde - CEPIS, pelo telefone 3116-8597 ou e-mail cepis@isaude.sp.gov.br.

Este termo será impresso em duas vias, as quais serão assinadas pela pesquisadora e pelo(a) Senhor(a), sendo que uma das vias ficará em seu poder.

Declaro que fui suficientemente esclarecido(a) a respeito do estudo: "O Acolhimento na Atenção Básica: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo."

Ficaram claros para mim quais os propósitos deste estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou clara também que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade e prejuízo em minhas funções.

Autorizo a publicação dos dados que forem coletados em revistas científicas, cursos ou congressos.

São Bernardo do Campo, _____ de _____ de 2016.

Nome legível da(o) participante _____

Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado para a sua participação neste estudo.

Pesquisadora responsável: Juliana Bonelli Rodrigues

RG 29.701.907-7

e-mail: juliana.bonelli@gmail.com