

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

LIMITES E POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS ACOLHEDORAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

JAMES MELO SILVA

JEQUIÉ/BA
2012

JAMES MELO SILVA

**LIMITES E POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS ACOLHEDORAS EM
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADOR: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA
2012**

S58 Silva, James Melo.

Limites e possibilidades de práticas acolhedoras e unidades de saúde da família / James Melo Silva. Jequié, 2012.

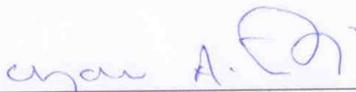
110f.; il.; 30cm

(Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob orientação da Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti)

FOLHA DE APROVAÇÃO

SILVA, James Melo. **Limites e possibilidades de práticas acolhedoras em unidades de saúde da família.** Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde: Área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

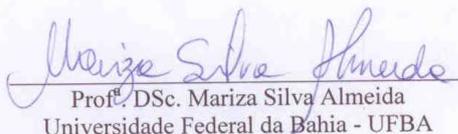
BANCA EXAMINADORA



Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientador e Presidente da Banca Examinadora



Prof. DSc. Jorge Costa do Nascimento
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



Prof. DSc. Mariza Silva Almeida
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Aprovada em 13 de Abril de 2012.

À minha esposa **Jaqueline Santos França**, com muito carinho, por estar perto nos momentos mais difíceis, compreendendo e ajudando na construção e realização desse sonho tão almejado. Pelo incentivo, ânimo, e mais do que tudo, pelo AMOR dispensado, pelo cuidado durante as madrugadas na elaboração desse trabalho em prol do cumprimento dos prazos. Sem você não teria conseguido.

Aos meus filhos:

Mateus, pelo sentido da vida que me trouxe e pelos momentos preciosos que tens nos proporcionado.
Você é mais do que ESPECIAL, você é um ABENÇOADO!

Saife, pela alegria constante que nos traz, mesmo nos momentos tristes. Obrigado pelos seus sorrisos
ao acordar.

À minha família, meu muito obrigado, com muito AMOR!

AGRADECIMENTO A DEUS

Tua Graça Me Basta

Eu não preciso ser reconhecido por ninguém
A minha glória é fazer com que conheçam a Ti
E que diminua eu pra que tu cresças, Senhor, mais e mais
E como os serafins que cobrem o rosto ante a ti
Escondo o rosto pra que vejam Tua face em mim
E que diminua eu pra que tu cresças, Senhor, mais e mais

No Santo dos santos a fumaça me esconde

Só teus olhos me vêem
Debaixo de tuas asas é o meu abrigo
Meu lugar secreto
Só Tua graça me basta e Tua presença
É o meu prazer

Tua presença, Tua presença é o meu prazer...

Ministério Apascentar de Nova Iguaçu

Composição: Luiz Arcanjo e Davi Sacer

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)*, pela importante contribuição no desenvolvimento da região de Jequié, preparando profissionais altamente capacitados para o mercado de trabalho.

Ao *Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde*, por contribuir na preparação dos profissionais para intervir com ações importantes que modifiquem realidades, especificamente no campo da saúde.

Aos *professores do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem e Saúde (PPG ES-UESB)*, pela dedicação, empenho e conhecimentos compartilhados.

Ao orientador, *Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti*, pela sua contribuição na construção desse trabalho.

À *Prof^ª. DSc. Maria Ângela Alves Nascimento (UEFS)* e a *Prof^ª. DSc. Mariza Silva Almeida (UFBA)*, pelas valiosas dicas durante a qualificação.

Em especial a **DEUS**, pelo fôlego de vida, e por, dia a após dia, propiciar oportunidades de espalhar seu amor, e, mais que nunca, por outorgar-me a arte de cuidar de vidas e sempre agradecer-me com bênçãos sem medidas. Hoje, mais uma vez, posso dizer: EBENEZER “Até aqui me ajudou o Senhor”.

À minha esposa **Jaqueline**, pessoa mui ilustre na vida, presente de DEUS, por ter me acompanhado nesse sonho, com sua paciência, compreensão, carinho e amor dispensados a todo o momento.

Aos meus filhos **Mateus e Saíle**, por saberem compreender a minha ausência em algumas etapas do seu processo de reabilitação, devido ao cumprimento das atividades acadêmicas do mestrado. Mesmo assim, sei que torcem por mim. Tudo que tenho feito é para vocês. Meu amor incondicional a vocês.

Aos meus pais, **Guina e Neide**, pelo caráter que eles possuem e transmitiram no decorrer da minha vida, mostrando-me os caminhos corretos a prosseguir.

À minha querida e amada cunhada **Leinad**, pelo carinho, incentivo, ajuda sem medida nas horas mais difíceis.

Aos *colegas da turma*, pelas experiências e momentos de descontração compartilhados.

Às colegas **Roseli e Nadja**, por trilharmos juntos boa parte do caminho percorrido e juntos desfrutarmos de momentos bons, ruins e, mais do que tudo, de muitas risadas.

Ao grande mestre e amigo Prof. MSc. Jair Magalhães da Silva, pelos seus conhecimentos, por sua vontade de servir e compartilhar. Obrigado por conceder-me sua amizade e confiança, compartilhando seus saberes sempre.

À Prof^a. MSc. Vilara Pires, por sua valorosa contribuição, dica e disponibilidade de emprestar seus materiais.

À Prof^a. DSc. Mariza Silva Almeida (UFBA) e ao Prof. DSc. Jorge Costa do Nascimento (UESB), pela disponibilidade e grandes contribuições na banca de sustentação da dissertação

À Profa. DSc. Alba Benemérta Alves Vilela, que, mesmo diante de suas dificuldades, não mediu esforços para contribuir com este trabalho.

A todas as pessoas que colaboraram para a realização deste trabalho, em especial aos informantes deste estudo.

Não devemos nos responsabilizar apenas por aquilo que fizemos, mas também por aquilo que deixamos de fazer.

Há uma diferença entre conhecer o caminho e percorrer o caminho

(MORPHEUS, em Matrix).

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as práticas assistenciais em Unidades de Saúde da Família (USF) na perspectiva do acolhimento. Utilizamos método qualitativo, tendo como campo de pesquisa dois municípios de pequeno porte, e como cenário da pesquisa as USF da zona urbana. Os sujeitos da pesquisa foram todos os profissionais de nível superior que atuam no PSF. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e observação sistemática, analisados mediante a Análise de Conteúdo de Bardin. Os dados empíricos evidenciaram que a prática do acolhimento, conforme as concepções do SUS, não acontecem devido ao desconhecimento consistente sobre o SUS dos profissionais de saúde. Identificamos ainda que a produção dos serviços de saúde nas USF correlacionados com o acolhimento do usuário tem início na recepção, sem nenhum critério de classificação de risco, migrando daí para os profissionais de saúde e demais serviços oferecidos. A organização das ações de saúde por programas assistenciais induz a fragmentação do cuidado, além de andar desassociada com os preceitos do SUS. A resolutividade do cuidado não é garantida, pois não há articulação com as diversas tecnologias em saúde, devido à falta de diversos equipamentos, materiais e insumos. A longitudinalidade e a responsabilização do cuidado são inexistentes, tanto pelo desconhecimento dos profissionais das USF's do fluxo da utilização da referência e contrarreferência, que, por sua vez, apresenta fragilidade, informalidade e pouca articulação nos serviços, assim como pela falta de acompanhamento dos encaminhamentos feitos para outros serviços e ações de saúde. O encontro entre usuário-trabalhador é pautado numa relação superficial, com uma escuta incipiente e desvalorizando o estabelecimento do vínculo, impactando em respostas e resultados semelhantes, sem geração de vínculo. Por tais razões há a necessidade de repensar o fazer e o agir do PSF, obedecendo dos princípios do SUS, que propõe contribuir e modificar uma realidade mais local, de forma acolhedora, e não somente realizar procedimentos técnico-assistenciais.

Palavras-chave: Acolhimento. Processo de trabalho. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the care practices in Family Health Units (FHU) from the perspective of the host. We used the qualitative method, and as a research field two small towns, and how the FHU research scenario in the urban area. The study subjects were all top-level professionals working in the FHP. Data were collected through semi-structured interviews and systematic observation, analyzed by content analysis of Bardin. Empirical data showed that the practice of the host, as the conceptions of HCS does not happen due to lack of understanding on the HCS health professionals. Identified although the production of health services in FHU correlated with the host user starts the reception without any criteria for risk classification, moving from there to health professionals and other services. The organization of health assistance programs leads to fragmentation of care, besides walking disassociated with the precepts of HCS. The resolution of the care is not guaranteed because there is no coordination with the various technologies in health, due to lack of variety of equipment, materials and supplies. The longitudinality and accountability of care are nonexistent, so the lack of professionals in FHU's flow using the reference and counter, which, in turn, shows weakness, informality and poor coordination in the services, as well as the lack of monitoring of referrals for other services and health actions. The encounter between user-worker is grounded in a superficial relationship with a listening and devaluing the incipient bonding, impacting responses and similar results without generating bond. For these reasons there is a need to rethink and work of the FHP, following the principles of the HCS, which proposes to modify a reality and help more local, so warm, and not only perform procedures and technical assistance.

Keywords: Home. Working process. Family Health Program.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DMP's	Departamentos de Medicina Preventiva
ESF	Equipe de Saúde da Família
FTC	Faculdade de Tecnologia e Ciências
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MOC	Projeto Montes Claros
MOPS	Movimentos Populares de Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF	Programa de Saúde da Família
REME	Renovação Médica
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
US	Unidades de Serviço
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Diagramação do Fluxograma analisador (MERHY, 2002). 56
- Figura 2:** Fluxograma de acesso às ações e serviços de saúde das USF's. 69

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Características sociodemográficas dos municípios, segundo dados obtidos junto ao IBGE e DATASUS. Jequié-BA, 2011. 110
- Quadro 2:** Características dos sujeitos do estudo de acordo com o segmento e município estudado 51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	RESGATE HISTÓRICO: DA REFORMA AO ACOLHIMENTO	22
2.1	CONCEPÇÕES SOBRE A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA	23
2.2	ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	33
2.3	ENTENDENDO O ACOLHIMENTO	41
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	46
3.1	TIPO DE PESQUISA	47
3.2	CAMPO / CENÁRIO DO ESTUDO	47
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	50
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	52
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES	52
3.6	TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	56
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	58
4.1	PRÁTICAS ACOLHEDORAS DESENVOLVIDAS NAS USF	59
	1 CONCEPÇÕES SOBRE O SUS E AS PRÁTICAS ACOLHEDORAS	60
	1.1 Concepções com fundamentos teóricos	60
	1.2 Desconhecimento	62
	1.3 SUS como caridade	65
	2 AGIR/FAZER E AS PRÁTICAS ACOLHEDORAS	66
	2.1 Acesso as ações e serviços de saúde	67
	2.2 Organização da oferta de serviços	70
	3 USO DE TECNOLOGIAS NAS PRÁTICAS EM USF	72
	4 LONGITUDINALIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO	74
	4.1 Referência e contrarreferência	75
	4.2 Falta de acompanhamento dos encaminhamentos	77
	5 PRÁTICAS ACOLHEDORES	80
	5.1 Encontro e desencontros dos usuários e trabalhadores	80
	5.2 Escuta desqualificada	82

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
6	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	101
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
	APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada	103
	APÊNDICE C – Roteiro para Observação sistemática	105
	ANEXOS	106
	Anexo A – Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa	107
	Anexo B - Ofício de encaminhamento (M1)	108
	Anexo C – Ofício de encaminhamento (M2)	109
	Anexo D – Quadro 1 – Características sociodemográficas dos municípios, segundo dados obtidos junto ao IBGE e DATASUS. Jequié-BA, 2011.	110

1 INTRODUÇÃO

Comprometimento nos dá um novo poder. Não importa o que aconteça conosco – pobreza, doença ou desastres – nunca desviamos os olhos de nosso objetivo.

Ed McErlo

No setor saúde, as ações e medidas sociais do Estado para melhorar as condições de saúde da população são realizadas por meio de políticas públicas, visando à perspectiva da promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e da coletividade. Isto só foi possível quando o movimento intitulado de Reforma Sanitária¹ conseguiu intervir nas resoluções da Assembleia Nacional Constituinte, escrevendo uma seção exclusiva referente à saúde na Constituição de 1988, considerando a saúde como um direito elementar de toda população brasileira e sendo um dever do Estado garantir acesso às ações e os serviços de saúde. Este direito colocou em debate a mudança de um modelo de assistência voltado apenas para o objeto saúde/doença, possibilitando a implantação do olhar para a coletividade e, com isso também mudou o olhar e as ações para as práticas e os serviços (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), definido como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, passando a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, orientada pelas diretrizes de descentralização da gestão, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990a).

A principal mudança histórica emergiu no contexto da saúde brasileira dentro dos modelos assistenciais², e é representada pela instituição da Política Nacional de Atenção Básica, que se configura como porta de entrada para o Sistema de Saúde. Tal mudança representa o início de todo o processo de implantação da atenção primária, tendo como estratégia prioritária para sua organização a Saúde da Família, em concordância com os preceitos do Sistema Único de Saúde, trabalhando com diretrizes norteadoras de suas ações e referencial do sistema de saúde, com território adscrito, a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada, e, em consonância com o princípio da equidade, efetivando a integralidade em seus vários aspectos (BRASIL, 2011a).

¹**Reforma Sanitária** – Movimento social que significou um marco na formulação das propostas de mudanças do setor saúde e como expressão de sua enorme capacidade de mobilização foi a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), com cerca de quatro mil integrantes, inaugurando o processo de participação social nas deliberações sobre a política nacional de saúde. Setores da sociedade civil, anteriormente marginalizados da tomada de decisão acerca das questões relativas à saúde, tais como sindicatos e organizações comunitárias, participaram em massa do evento (PAIM, 2008).

²**Modelos Assistenciais** - Modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde (PAIM, 2003).

Neste contexto, por volta de 1994, teve início no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), definido como um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (TEIXEIRA, 2006b).

Oriundo da difusão do movimento de Medicina Familiar³, o PSF incorpora diretrizes norteadoras que ultrapassam a da clínica, utilizando como contribuição ferramentas especiais, como a da Epidemiologia, Administração e a do Planejamento em Saúde, articulando noções e conceitos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva.

A articulação destes saberes, bem como a concretização dos princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela CF, além de ter como objetivo a garantia da integralidade da atenção e o impacto sobre os problemas de saúde, visa, antes de tudo, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, através de uma rede regionalizada e hierarquizada, de forma descentralizada e que tenha a participação comunitária (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Sabe-se que a integralidade constitui um princípio e, ao mesmo tempo, uma diretriz para a organização do SUS, segundo a CF de 1988. Deriva, originariamente, de uma noção proposta pela chamada medicina integral⁴, vinculada a um movimento de ideias que gerou a proposta de medicina preventiva⁵ nas escolas médicas americanas, na passagem da década de quarenta para a de cinquenta do século passado (TEIXEIRA, 2006b). No entanto, não tem

³**Medicina Familiar** – Movimento ideológico visando a responder aos impasses e questionamentos sobre o modelo hegemônico, sobretudo no que se refere aos altos custos, sofisticação (tecnológica) e superespecialização do cuidado (TEIXEIRA, 2006).

⁴**Medicina integral** - A medicina integral criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Inseridos num sistema que privilegiava as especialidades médicas, construídas em torno de diversos aparelhos ou sistemas anátomo-fisiológicos, os médicos tendiam a recortar analiticamente seus pacientes, atentando tão-somente para os aspectos ligados ao funcionamento do sistema ou aparelho no qual se especializaram (TEIXEIRA, 2006).

⁵**Medicina preventiva** – Especialidade médica que se dedica à prevenção da doença ao invés de seu tratamento (LEAVELL & CLARK, 1978). Primeiramente, ainda na primeira metade dos anos oitenta, o caloroso debate que resultou numa mais clara diferenciação entre as residências de medicina geral e comunitária (mais diretamente voltadas para o desenvolvimento de uma forma de praticar a medicina alternativa à prática fragmentária e reducionista tradicional), das residências de medicina preventiva, estas abrigadas no âmbito da saúde coletiva, e cada vez mais sanitária (TEIXEIRA, 2006).

como visualizarmos a integralidade sem pensarmos em resolutividade, referindo-se a colocar à disposição do usuário⁶ todas as ações e tecnologias de cuidado disponíveis para

conseguir produzir saúde adequada a cada caso, abordando as dimensões individual e coletiva dos problemas de saúde com a satisfação do usuário. [...] A responsabilidade da equipe não se limita nunca às quatro paredes da Unidade de Saúde. Implica em impactar os problemas e trazer respostas reais, que alteram o quadro de saúde da área de abrangência (SILVA JUNIOR, 2001. p. 85).

Assim sendo, a integralidade pode ser entendida com diversos significados, no entanto optamos por defini-la aqui como a capacidade da equipe de saúde em lidar com a ampla gama de necessidades em saúde do indivíduo, da família ou das comunidades.

Nessa conexão da integralidade, surge a proposta do acolhimento, que pode ser entendido como um modo de se tentar organizar com equidade o acesso universal dos usuários. Nesse caso refere-se a uma diretriz de organização do serviço de saúde que pretende a um só tempo: humanizar o serviço, qualificar a escuta e a identificação de necessidades, atender as pessoas com a agilidade e oferta adequada à sua necessidade singular, ampliar o cardápio de oferta de serviços e a resolutividade, envolvendo o conjunto da equipe no cuidado, ser um dispositivo de análise, crítica e mudança do processo de trabalho, de democratização da equipe e de ampliação dos direitos dos usuários (TEIXEIRA, 2006a).

Assim, pode-se dizer que o acolhimento é então uma atitude da equipe de saúde dirigida ao usuário. São também os afetos sentidos pelo usuário quando essa atitude alcança seu objetivo: a produção na relação de uma sensação de ter sido acolhido num dado lugar, numa hora importante, por uma pessoa que passo a confiar e com quem me sinto à vontade.

Nesta conotação, o interesse inicial em estudar os limites e possibilidades de práticas acolhedoras em Unidades de Saúde da Família (USF) justifica-se e entrelaça-se no meu caminho percorrido profissionalmente enquanto enfermeiro assistencial, técnico da saúde e docente do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior.

No ano de 2007, ao desenvolver atividades profissionais numa Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Jequié, atuando como enfermeiro do Programa de Prevenção

⁶**Usuários:** são todas as pessoas cadastradas nas Unidades de Saúde que utilizam os serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

do Câncer de Colo Uterino (Papanicolau) e como instrutor/supervisor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde, enquanto enfermeiro assistencialista atendia mulheres que não faziam parte da área de referência da UBS, e oriundas de áreas assistidas pelas ESF, as quais encontravam barreiras no acesso às ações e serviços de saúde, tão quanto na forma como eram escutadas, recebidas e assistidas por estas equipes.

Em 2008, passei a coordenar o Núcleo Microrregional para Implantação das Linhas dos Cuidados e Educação Permanente para a Atenção Básica, com sede na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município, onde fiz parte do quadro dos educandos do Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica com Ênfase na Implantação das Linhas de Cuidado. Durante o desenvolvimento das atividades práticas dos trabalhadores nas ESF, identificamos a falta de escuta e atendimento das necessidades de saúde da comunidade adscritas das ESF; oferta inadequada à necessidade singular dos usuários; cardápio de ofertas de serviços mínimo e uma assistência sem resolutividade no envolvimento do conjunto da equipe no cuidado das ESF.

Enquanto docente, ao desenvolver práticas de campo de ensino nas ESF, ficou mais evidente que as dificuldades relatadas/observadas anteriormente inviabilizavam a garantia de uma assistência integral, equânime e resolutiva aos usuários do SUS.

A adoção de propostas de reorganização dos serviços de saúde, a partir de experiências inovadoras e criativas, sustenta o modo de pensar e de agir em termos de mudança do modelo de organização das práticas de saúde – dentre elas o “acolhimento” –, apontando para possibilidades de construção de propostas e respostas coerentes com nossos problemas e nossas utopias.

Assim, com o propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos para Equipes de Saúde da Família, acreditamos que a **questão de pesquisa** é: Como se dão as práticas acolhedoras⁷ em USF nos municípios de pequeno porte⁸ de uma microrregião da Bahia?

⁷**Práticas acolhedoras**- modo de humanizar as práticas de saúde, reconhecendo os diferentes sujeitos como protagonistas do processo de produzir saúde, gerando uma prática que representa uma estratégia de mudanças sustentada na humanização da relação serviço x profissional de saúde x usuário; na facilidade de acesso e aumento de cobertura, otimizando a capacidade instalada na invasão da lógica atual do atendimento, na recuperação do processo de trabalho que estava centrado na atenção clínica individual e no atendimento

No intuito de respondermos ao questionamento, traçamos como **objetivo geral:**

- Analisar as práticas acolhedoras em USF nos municípios de pequeno porte de uma microrregião da Bahia.

Como **objetivos específicos:**

- Identificar como os profissionais de saúde efetuam suas práticas acolhedoras em USF;
- Identificar os componentes do processo de trabalho em USF.

Desta forma, este estudo contribuirá para a reflexão dos gestores e trabalhadores das unidades operativas de saúde quanto aos fatores intrínsecos e extrínsecos que podem influenciar diretamente na qualidade do cuidado prestado nas unidades de saúde da família, e, acima de tudo, possibilitar um acesso universal e contínuo, gerando relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, o que, de certo modo, estimulará a participação popular e o controle social na saúde que tanto se almeja.

orientado para as ocorrências clínicas. De forma mais clara é o vínculo, a responsabilização, a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade (LEITE; MAIA; CHOMPRÉ, 1998).

⁸ **Municípios de pequeno porte** – municípios com população de até de 20.000 habitantes (MEURER; VIEIRA, 2010).

2 RESGATE HISTÓRICO: DA REFORMA AO ACOLHIMENTO

A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concentrar toda a nossa imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje.

Del Carnegie

Para atender as necessidades deste estudo, utilizou-se como referencial teórico as concepções do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e suas implicações numa nova forma de ver, pensar e de fazer saúde, atrelados ao uso das tecnologias, recursos humanos, organizacionais, dentre outros, sustentadores dos modelos de atenção no Brasil, na perspectiva de trilhar caminhos que possam contribuir para a construção de novos modos de produção do cuidado permeado pela subjetividade, para um novo agir e pensar em saúde, através do desenvolvimento da proposta de práticas acolhedoras nas USF.

Para tanto, consideramos bastante evidente a influência e/ou a contribuição das ideias da RSB na quebra de paradigmas no setor da saúde, principalmente na formulação do pensamento dos “Modelos de Atenção”, pois tal pensamento objetiva elaborar e implementar instrumentos, possibilitando desenvolver formas, ações, organização, tecnologias, com a finalidade de garantir acesso universal com resolutividade, de caráter longitudinal, com responsabilização do cuidado, mas com geração de vínculo entre os atores envolvidos no cuidar. Por isso, começamos resgatando o processo histórico que acompanhou o movimento da RSB, para posteriormente destacar ou apreender suas contribuições na construção dos modelos de atenção e chegarmos à proposta do modelo do “acolhimento”.

2.1 CONCEPÇÕES DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Na busca de analisar as práticas acolhedoras desenvolvidas pelos profissionais atuantes do PSF, devemos destacar a importância da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) no processo de formulação de um sistema de saúde universal, equânime, descentralizado que busca considerar o indivíduo no seu aspecto integral. Buscamos nesse momento resgatar a trajetória das concepções históricas da RSB, devido ao seu entrelaço do passado, do presente e ainda do futuro das concepções do campo da saúde no Brasil.

A RSB nasce na segunda metade dos anos 70 no bojo do movimento maior que se ampliava em todos os segmentos da sociedade, o das lutas pelas liberdades democráticas contra a ditadura. Neste contexto, as entidades emblemáticas eram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde(CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criados em 1976 e 1979, respectivamente (SANTOS, 2010).

Contudo, Paim (2008) defende o pensamento de não idealizar a RSB apenas com os seus aspectos setoriais, convoca-nos a considerá-la como as teorias sobre mudança social, em especial aquelas que ambicionam conectar os conflitos entre classes sociais com as mudanças históricas e recusam simultaneamente os reducionismos derivados da negação da totalidade e a vigência de uma globalização homogênea. Para tanto o autor afirma que “ao mesmo tempo, a historicidade do objeto que permitiria a sua identificação em uma dada conjuntura e a sua permanência processual, enquanto cristalizações e transformações, possíveis de serem observados no presente” (PAIM, 2008, p. 35).

Enquanto fenômeno histórico e social, a Reforma Sanitária poderia ser estudada como uma “ideia”, tendo como significado percepção, representação, pensamento inicial; como uma “proposta” sendo um conjunto articulado de princípios e proposições políticas; como “projeto” conceituado como síntese contraditória de políticas; como “movimento” interpretado como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; e como “processo” enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais (econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas). Ao buscar esta compreensão da RSB como representação de um fenômeno histórico e social, objetiva-se expor os seus elementos ao crivo de seus pressupostos para fins de descrição, análise e interpretação (PAIM, 2008).

Para Cohn (1989), no Brasil a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento, trazendo implicações importantes, pois movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final predeterminado, demarcar seu início também pode ser considerada uma tarefa complexa.

Corroboramos com esse pensamento de considerar a RSB como fenômeno histórico e social, pois todos os fenômenos sociais são resultados de ações dos indivíduos, tomadas na sua intrínseca complexidade, sendo ao mesmo tempo econômica, política, simbólica, etc., sem constituir-se em compartimentos separados. Isto nos possibilita compreender que nenhum fenômeno pode ser explicado isoladamente, ou seja, separado dos contextos que os circundam ou que estão ligados.

Neste caminhar sobre o aspecto histórico e social da RSB, faz-se necessário conhecer e compreender os contextos históricos que antecederam o período inicial da Reforma Sanitária, o que possibilita um entendimento mais apurado de tal movimento e, desta forma,

analisar o impacto, no passado e no presente, deste movimento que representa os passos iniciais para um processo de mudança da compreensão do campo da saúde no Brasil.

No presente contexto, o Regime Militar instalado em 1964, que impunha grandes mecanismos de repressão contra as pessoas que lhe opunham, estabelecendo o silêncio das contestações, paralisação de órgãos de representatividade da sociedade civil organizada e do Estado de Direito, instaurou uma democracia representativa enganadora, camuflada pelo sistema bipartidário, coexistindo com práticas abusivas de terror no Estado. Tais fatos desenvolveram-se numa perspectiva para justificar o modelo de modernização que representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade (FALEIROS, 1986).

Ratificando este argumento Fleury; Bahia e Amarante (2007) dizem que a partir da década de 60 foi piorando gradativamente o nível de saúde da população, com aumento importante da mortalidade infantil, das doenças endêmicas, nas taxas de acidentes do trabalho, no número de doentes mentais. Da mesma forma, pioraram as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis nutricionais, chegando ao ponto de preocupar as autoridades.

Acrescido a tal fato, o modelo econômico proposto para o período concentrou a renda, reforçou a migração das pessoas do campo para as cidades, acelerando a urbanização, sem garantir investimentos necessários para uma infraestrutura urbana com saneamento básico, habitação, saúde, transporte (GUIMARÃES, 1978; PAIM, 2003).

Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do bloco no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas.

Durante o período militar, o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. Foram implantadas reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Unificaram-se os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, onde concentraram-se todas as

contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais, embora excluísse dos benefícios os trabalhadores rurais e uma gama de trabalhadores urbanos informais (PAIM, 2003a).

A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas (BRASIL, 2011c).

Na década de 1970, a assistência médica financiada pela Previdência Social conheceu seu período de maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção. Paim (2003) contribui afirmando que o governo propiciou, em 1973, a extensão da medicina previdenciária para os trabalhadores rurais através do Funrural, mesmo em condições diferenciadas.

A centralização do sistema prosseguiria com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), ao longo da década de 1970 (BRASIL, 2006).

A construção ou a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos financeiros da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares

de medicina por todo o País. O INPS financiou a fundo perdido as empresas privadas que desejassem construir seus hospitais (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Na contramão deste processo, caracteriza-se na V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975 a crise do setor saúde pela insuficiência, descoordenação, má distribuição, inadequação e ineficácia dos serviços de saúde (PAIM, 2003). Brasil (2011c) acrescenta que o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise, a população passa a receber baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passando a conviver com o desemprego e as suas graves consequências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

Surge em meados dos anos 70 a preocupação com a busca de alternativas à organização social das práticas de saúde no Brasil, quando se iniciam entre os docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social da Universidade de São Paulo (USP) as discussões acerca dos limites e possibilidades das propostas de reforma do ensino e da prática médica (AROUCA, 1975). Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias (BRASIL, 2011). Mendes-Gonçalves (1979, 1986) acrescenta que simultaneamente a este momento, Donnangelo lança um livro (fruto de sua tese de livre-docência) fazendo uma reflexão sobre as determinações sociais da prática médica, como ponto inicial para o desenvolvimento posterior de estudos sobre o processo de trabalho médico.

Na referida década amplia-se a necessidade de refletir sobre as formas de fazer saúde no país, especialmente no agir médico, pois ficava cada vez mais evidente que o sistema de saúde do período não conseguia garantir que toda a população tivesse acesso às ações e serviços de saúde, principalmente de forma igualitária e universal. Com isso, nasce a necessidade de buscar alternativas que tentassem minimizar esta dicotomia assistencial no Brasil, através de práticas mais humanizadas e acolhedoras.

Outra contribuição significativa surge diante de um cenário que traduzia a crise sanitária conhecida como “milagre econômico”, onde o acesso aos serviços de saúde era complexo e as doenças infectocontagiosas acometiam pessoas condicionadas pelas questões de ordem financeiras e sociais, desencadeando um crescimento dos Movimentos Populares de

Saúde (MOPS) urbanos decorrentes das lutas pela igualdade de acesso ao espaço urbano e aos bens e serviços públicos. Esses movimentos agregavam diversos segmentos heterogêneos da população, com ausência dos partidos políticos (CARVALHO, 1995; COSTA, 1988; PAIM, 2007).

Para Simões (2010), os movimentos sociais, cientes de suas necessidades e envoltos por um espírito de solidariedade, buscaram formas de enfrentamento num período de regime autoritário em que o governo assumia uma postura de defesa dos interesses nacionais e destituía o direito da população de reclamar por melhores condições de vida. Com isso, esses movimentos contribuíram para dar um novo rumo às reivindicações políticas em direção a um estado democrático, e a participação popular nos governos locais.

Entretanto, é em julho de 1976, durante a “32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência”, com a criação do CEBES, que vem à tona a discussão da democratização da saúde e constituindo-se como o organizador da cultura capaz de remodelar o pensamento no campo saúde (PAIM, 2008). Os intelectuais do CEBES partiram da socialização da produção acadêmica, onde criticava a emergente Saúde Coletiva brasileira. Esta democratização da saúde buscou construir uma identidade, através das denúncias das iniquidades da organização econômico-social e das perversidades do sistema de prestação de serviços de saúde privatizado, mas contribuindo nas lutas pela democratização do país e por uma dada racionalidade na organização das ações e serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

Para Escorel (1995), essa articulação de pessoas e ideias articuladas pelo CEBES foi um dos pilares de sustentação do movimento social organizado desencadeado pelo movimento sanitário, embora não tenha sido a única. Suas iniciativas configuraram-se de um conjunto de elementos que, posteriormente, constituíram a ideia da Reforma Sanitária.

No surgimento de uma nova arena da especialidade médica, organiza-se o movimento sanitário, buscando conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do País. É nesse momento que as ideias da medicina social adentraram nos meios acadêmicos brasileiros, sendo que suas características contrapunham-se à concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e

isenta de valores, uma abordagem médico-social fundada na percepção do caráter político da área da saúde (SCOREL, 1998).

Enquanto isso, surgem os programas de medicina comunitária propondo a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional e a valorização da medicina tradicional. Isso acontece, pois, no final da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da medicalização (BRASIL, 2011c).

No Brasil, a Ditadura Militar apresentava um processo de crise político-ideológica e fiscal, da qual a crise da previdência é uma expressão e explicitação setorial no âmbito do Estado, no final da década de 1970. Com isso, o Estado se colocava em enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime não lhe permitia mais imposições autoritárias, como havia sido feito, até então (BRASIL, 2006).

Já em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978, acontecia a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde. Tal evento é o marco alto na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra o não acesso das grandes massas populacionais aos serviços médicos. Neste evento, sustentou-se ser a saúde um dos direitos fundamentais do homem, sob a responsabilidade política dos governos, e reconhece-se a sua determinação intersetorial (BRASIL, 2011b).

Ainda em 1978, no Brasil, inicia-se uma mobilização de secretários municipais de saúde, especialmente de municípios com governos progressistas. Nisso, no referido ano, também aconteceu o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, a partir do qual, posteriormente, outros encontros aconteceram (SANTOS, 1987). A proposta da Reforma Sanitária começava a ser elaborada, considerando a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção, somado a unificação dos serviços e potencializado pela participação dos usuários. No entanto, o acompanhamento crítico do setor era necessário, objetivando definir mais concretamente o conteúdo de uma Reforma Sanitária, conforme entendimento do CEBES, como parte de um movimento de opinião (PAIM, 2008).

A proposta do acompanhamento, se deu no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, em que o pensamento crítico oposicionista-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação (PAIM, 2008). Neste sentido, é nesse momento de tantas manifestações políticas que é apresentado o documento “A questão democrática da Saúde” de autoria do CEBES, propondo pela primeira vez, em 1979, a criação do SUS, apresentado de forma pública, extensa e bastante consensual (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007).

Este documento apresentado pelo CEBES representou um marco na construção da proposta da RSB, pois ela deixa de ser uma ideia e passa ser entendida como uma gama de proposições de um projeto, capaz de gerar respostas a adequação real do nosso Sistema de Saúde àquelas ideias. Escorel (1988, 1998) traduz que o movimento sanitário desenvolveu-se desde o final do período autoritário e ampliou-se com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), pela conquista de entidades pela Renovação Médica (REME) e com a mobilização nacional pelas “Diretas já”.

Inicia-se a década de 1980 com um movimento cada vez mais intenso de debate ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modo oficial de Atenção à Saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, à universalização dos serviços, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização.

O movimento sanitário passou a ocupar espaços institucionais, caracterizando-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Alguns desses projetos tornaram-se modelos de serviços oferecidos pelo sistema de saúde, dentre eles, a título de informação, o Projeto Montes Claros (MOC), cujos princípios, mais tarde, serviriam para nortear a proposta do SUS; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que propunha a “interiorização das ações de saúde”, e teve como sua área de ação privilegiada a região Nordeste (BRASIL, 2011c); as Ações Integradas de Saúde (AIS) possibilitaram avanços significativos no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços (ESCOREL, 1998).

Com o fim do regime militar, em 1985, e com o advento da Nova República, lideranças do movimento sanitário buscaram assumir efetivamente posições estratégicas nas instituições responsáveis pela política de saúde no País. É neste cenário que se destaca a convocação, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como presidente Sérgio Arouca, até então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1986, é realizada em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, significou um marco na formulação das propostas de mudanças do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu documento final sistematiza o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, que é definido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviço de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdade nos níveis de vida. Este documento serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que se reuniria logo após (CUNHA; CUNHA, 1998).

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre Saúde. Esta seção incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS (TEIXEIRA, 2006b).

O processo de reforma do sistema de saúde brasileiro respalda-se juridicamente na noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Especificamente quanto à organização das ações e serviços de saúde, este processo contempla a criação do SUS, no qual a União, Distrito Federal, Estados e Municípios passam a compartilhar responsabilidade pelas ações de saúde, sendo que a execução dos serviços à saúde passa a ser de competência primordial dos municípios, em cooperação com a União e os Estados (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, que regulamenta o que a Constituição descreve de forma genérica. Conforme essa Lei, cabe ao município a direção municipal do Sistema Único de Saúde e execução dos serviços, ficando a União e os Estados responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação (BRASIL, 1990). Ainda em 1990, foi aprovada a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade e o financiamento da saúde (BRASIL, 1990).

A partir dos fatos históricos e dos instrumentos jurídicos ora citados, entendemos a municipalização da saúde como um processo de descentralização da gestão do sistema de serviços até a base político-administrativa do Estado brasileiro, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político-administrativas, isto é, instâncias de gestão da saúde no Governo Federal, nos governos estaduais e nos governos municipais.

Mesmo com todas as conquistas feitas através do movimento da reforma sanitária, Arouca (1988, p. 8), ressalta que

a Reforma Sanitária escrita na Constituição não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente.

Apesar dessa recomendação, mesmo diante das novas conquistas dos anos seguintes, as bases políticas e sociais do movimento não se ampliaram. Ainda assim, várias instituições prosseguiram investindo no processo da RSB, mas o espaço sociocomunitário, pretensão das lideranças do movimento, não foi ganho (PAIM, 2008). Por isso, Rodriguez Neto (1997) diz que com a promulgação da Constituição e outros dispositivos jurídicos que sustentam o campo saúde no Brasil, o movimento sanitário não ganhou a guerra com a implantação do SUS, mas apenas uma batalha. Por sua vez, Paim (2008) sustenta a necessidade da reflexão entre as contradições do projeto e o processo da RSB para continuar a busca por uma saúde muito mais justa, universal, equânime, integral e cada vez mais descentralizada e autônoma.

Apesar desta constatação, não podemos deixar de reafirmar as importantes contribuições da RSB na reformulação das ações e serviços de saúde nos tempos atuais, pois pensar em práticas acolhedoras na USF nos tempos modernos passa pelos embates, lutas,

reflexões e questionamentos iniciados em tempos passados, no presente e nas construções futuras.

Vale salientar que o processo de construção do SUS vem se construindo num imenso laboratório, quando consideramos sua complexa e intrínseca rede de relações (assessorias e consultorias de núcleos acadêmicos, organismos técnicos nacionais e internacionais) na difusão e incorporação de propostas que geram novas adaptações e desdobramento no campo saúde (TEIXEIRA, 2006a).

2.2 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A partir do movimento da RSB, a reflexão sobre os modelos de atenção teve suas origens na análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente na Medicina Preventiva (AROUCA, 1975) e Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976). Estes estudos foram pioneiros e iniciaram a investigação dos determinantes do processo de trabalhos nos serviços de saúde, que possibilitou a criação de experiências alternativas, onde se enquadra a proposta do acolhimento.

O Sistema de Saúde Brasileiro é ainda palco de disputa entre modelos assistenciais diversos que se enfrentam de forma conflitiva com a tendência de reprodução do modelo médico-assistencial privatista (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio e diagnóstico) *versus* o modelo sanitarista (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária), ao lado de alguns esforços para a construção de “modelos” alternativos (TEIXEIRA, 2006a).

Modelos de atenção, modelos assistenciais e modelos de intervenção em saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM, 2003b). Optamos por considerar a terminologia Modelos de Atenção, pois o termo assistencial indica assistência médica ou odontológica situado em procedimentos para indivíduos. Corroborando com Paim (2011) a abrangência do termo atenção é maior, pois, além de envolver a assistência, adicionaria outras

ações, individuais e coletivas, nos âmbitos da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Campos (1989, p. 53) define que o modelo de atenção se forma no “modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las”.

Entendemos que modelos de atenção existentes são distintos e que suas particularidades objetivam, numa forma geral, responder a lacunas no campo da saúde, gerando mudança nos contextos da saúde de indivíduos, famílias e coletivos, através do saber fazer e agir saúde, na combinação de um ou de múltiplos modelos de atenção existentes no cenário de saúde do nosso país.

No Brasil, a partir da década de oitenta, utilizou-se a empregabilidade da expressão modelos assistenciais, referindo-se às formas de organização dos serviços de saúde, com distintas unidades de complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações (BRASIL, 1990c). Contudo, modelos assistenciais ou de atenção recebem significados diferentes, podendo ser entendidos tanto como: a forma de organização das unidades de prestação de serviços de saúde; a forma de organização do processo de prestação de serviço; e a forma de organização das práticas de saúde dirigidas ao atendimento às necessidades e aos problemas de saúde individuais e coletivos.

Contudo, o modelo de atenção com o cenário montado a partir da prática da troca de saberes, com uma gestão participativa, valorização dos profissionais envolvidos na saúde, educação permanente, maior vínculo com os usuários, otimização das relações de trabalho, só será vislumbrado com as transformações no modelo de gestão (BRASIL, 2004).

A reorientação do modelo de atenção ao nível micro vem acumulando experiências na construção de modelos alternativos ao modelo assistencial hegemônico, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Estas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida.

No Brasil existem dois modelos assistenciais convivendo de forma contraditória ou complementar: modelo assistencial médico-privatista, que é centrado no atendimento de doentes com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico, e modelo assistencial-sanitarista, correspondendo à Saúde Pública tradicional, com ênfase em campanhas e programas especiais, voltado para o enfrentamento de problemas de saúde selecionados e para o atendimento de necessidades específicas de determinado grupo (TEIXEIRA, 2006c).

Encontramos ainda, enquanto modelos complementares, os modelos assistenciais alternativos, visando à integralidade da atenção, buscando concretizar os princípios básicos e diretrizes da saúde. Nesta perspectiva, são apresentados enquanto proposta a Vigilância da Saúde; Ações programáticas de saúde; Estratégia de Saúde da Família; Acolhimento, vínculo e qualidade; Cidades Saudáveis; e Promoção da Saúde, dentre outros (PAIM, 2003b).

Para Mendes (2010, p. 23020), os modelos de atenção à saúde podem ser considerados como

sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por risco, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira desenvolvida pelos vários movimentos sociais, organizados em prol da luta por melhores condições de vida da população, juntamente ao processo político de democratização da saúde, iniciado na década de 80, contribuiu de forma decisiva para a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), representando um marco na história da política de saúde do Brasil (PAIM, 2003a).

Esse Movimento, desenvolvido por estudantes, profissionais de saúde, sindicatos, associação de moradores, comunidades eclesiais de base, entre outros, defende um processo de transformação da situação sanitária do país, através da implementação de políticas de enfrentamento dos problemas da população, que se encontrava em condições precárias de saúde, em virtude do descaso acumulado ao longo dos anos.

Além disso, a Reforma Sanitária trouxe à discussão a importância do reconhecimento da saúde como direito social. Com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008) houve um fortalecimento desse ideário, culminando na promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o SUS e assegurou à saúde como

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.133).

Desse modo, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de superar os limites dos modelos hegemônicos e construir propostas alternativas mais coerentes com a Reforma Sanitária Brasileira. Nesse particular, podem ser destacadas as seguintes propostas com a descrição de algumas das suas características sustentadas por uma nova concepção elaborada Paim (2011), em 3 (três) subdivisões:

1. **MODELO MÉDICO-HEGEMÔNICO:** Foca suas características no individualismo; saúde/doença como mercadoria; ênfase no biologismo; a-historicidade da prática médica; medicalização dos problemas; privilégio da medicina curativa; estímulo ao consumismo médico; participação passiva e subordinada dos consumidores.
 - Médico-assistencial privatista: Centrado na clínica, na demanda espontânea e na atenção médica individual; ênfase em procedimentos e serviços especializados; não contempla o conjunto dos problemas de saúde da população; doença ou doente como objeto; médico e especialista como agentes; tecnologias médicas como principais meios de trabalho; redes de serviços priorizando hospitais; sem prioridade para a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades, valorizando o ambiente hospitalar em detrimento da assistência ambulatorial; tendência à superprodução de serviços, ações e procedimentos.
 - Atenção gerenciada: Fundamentado na medicina baseada em evidências e na economia; tendência de adoção pelos planos privados de saúde; coexistência contraditória com o modelo médico assistencial privatista; relevância dos protocolos clínicos como tecnologias para o controle de custos e do trabalho médico; compatível com a promoção da saúde e prevenção no sentido de baixar custos e aumentar lucros;

tendência à subprodução de serviços; pré-pagamento; contenção da demanda; racionamento de procedimentos e serviços especializados de alto custo.

2. **MODELO SANITARISTA:** Intervenção sobre problemas e necessidades de saúde de caráter coletivo; apoiado por diversas disciplinas (microbiologia, parasitologia, epidemiologia, estatística, administração, saneamento, etc.); foco nos modos de transmissão e em fatores de risco; identificação de tecnologias específicas para cada problema; traços autoritários; organização vertical.
- Campanhas sanitárias: Combinação de tecnologias para o controle de danos e riscos; não contempla a integralidade da atenção nem a descentralização das ações; organização de caráter temporário e direção centralizada e unificada.
 - Programas especiais: Fundamentados no planejamento e na programação; objetivos e metas; atividades e recursos; avaliação; decisões, normas e informações com fluxos verticais; caráter mais permanente.
 - Vigilância sanitária: Fundamenta-se nos saberes biomédico, jurídico e epidemiológico; intervenções voltadas para o controle de riscos e proteção da saúde, com a retaguarda de laboratórios.
 - Vigilância epidemiológica: Baseia-se na epidemiologia, clínica, estatística, imunologia e em outras disciplinas biológicas; conjunto de atividades voltadas para produzir informações para decisão e ação; ênfase na detecção e prevenção de doenças e agravos; controle de riscos e determinantes.
 - PACS/PSF: Intervenção focalizada em pobres e excluídos; tecnologia da programação em saúde; delimitação geográfica através da territorialização; adscrição de clientela por equipes; ações sobre o território e nos domicílios; atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos; ações básicas de atenção à saúde para grupos prioritários.

3. PROPOSTAS ALTERNATIVAS: Elaboradas no Brasil a partir da década de 1980 com vistas à integralidade, efetividade, qualidade, humanização e satisfação dos usuários no SUS, orientadas pelas racionalidades da demanda e/ou das necessidades.
- Oferta organizada: Fundamentada na epidemiologia e no planejamento; compatibilização do impacto e não rejeição à demanda; necessidades de saúde epidemiologicamente identificadas; relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea na unidade de saúde; toma como objeto problemas identificados na análise de situação de saúde; programação da oferta de serviços e ações; combinação de recursos e tecnologias visando à integralidade e a efetividade; normas técnicas adaptadas no nível local; planejamento de saúde com base populacional; ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais; SAME; triagem normatizada; sistema de referência e contrarreferência formalizado; protocolos assistenciais para doenças e agravos prioritários; articulação das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação sobre indivíduos e sobre o ambiente; controle de agravos; proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos; organização interna das unidades e dos processos de trabalho; normas, rotinas e protocolos voltados para atenção individual e coletiva na unidade e no território; mecanismos coletivos de avaliação da unidade e dos trabalhadores de saúde; acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade; atenção setorial e predominantemente intramural.
 - Distritalização: Apoiada na geografia na epidemiologia e no planejamento; organização de serviços e estabelecimentos e, rede estruturada nos distritos sanitários; ênfase no impacto; orientação por problemas; intersetorialidade; planejamento e programação local; autoridade sanitária local; corresponsabilidade; hierarquização; intercomplementaridade; integralidade; adscrição de clientela; heterogeneidade; análise da realidade; integralidade.
 - Ações programáticas de saúde: Tecnologias derivadas da epidemiologia e da programação em saúde; apoio das ciências sociais; redefinição de programas especiais no nível local; reorganização do processo de trabalho em saúde, a partir da identificação das necessidades sociais de saúde em unidades de atenção básica; concentra ações no interior das unidades de saúde.

- **Vigilância da saúde:** Apoio da epidemiologia, geografia crítica, planejamento e ciências sociais; toma como objetos danos, riscos, necessidades e determinantes de saúde (condições de vida e trabalho); tecnologias de comunicação social, planejamento e programação local situacional, e tecnologias médico-sanitárias; agentes (equipe de saúde e cidadãos); respostas sociais; correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, de riscos e de danos); práticas sanitárias; ação intersetorial; reorganização das práticas de saúde no nível local (intervenção sobre problemas de saúde); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; utilização do conceito epidemiológico de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial; ações sobre o território; intervenção sob a forma de operações.
- **Estratégia de saúde da família:** Apoio do planejamento, clínica, epidemiologia e ciências sociais; uso de combinações tecnológicas da oferta organizada, distritalização, vigilância da saúde e acolhimento; desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes; reorientação da atenção básica (articulação das ações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea).
- **Promoção da saúde:** Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação do sistema de saúde; cidades saudáveis; escolas promotoras de saúde; ambientes saudáveis.
- **Acolhimento:** Fundamenta-se na clínica, ciências da gestão, psicologia e análise institucional; organização do serviço de saúde usuário-centrada; atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde (não rejeição à demanda); reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe profissional; relação trabalhador-usuário com base em valores humanitários de solidariedade e cidadania; fortalecimento de vínculos entre profissionais e clientela; atenção mais humanizada; mudanças na “porta de entrada” assim como na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços; releitura das necessidades sociais de saúde.

- Cidades saudáveis: A noção de "cidades saudáveis" implica numa visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações "comunitárias" no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma série de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.
- Linhas de cuidado: Estruturadas por projetos terapêuticos; combinação de tecnologias leves, leves-duras e duras; ênfase na continuidade e na integralidade da atenção; vínculo com o usuário a partir da rede básica; articulação com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, oferta de medicamentos, serviço de especialidades e outros; regulação pública, fluxos assistenciais centrados no usuário, referência e contrarreferência e responsabilidade da unidade básica de saúde pelo projeto terapêutico; absorve as propostas do acolhimento e da oferta organizada.

Pode-se considerar, entretanto, que nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas, assumindo o desafio fundamental de difundir, multiplicar e institucionalizar as propostas alternativas que vêm sendo desenvolvidas em vários estados e municípios das diversas regiões do país, contando, muitas vezes, com apoio de centros acadêmicos e organizações internacionais de cooperação técnica (TEXEIRA, 2000).

Paim (2011) pondera que, em vez de insistir em contrapor o modelo hospitalocêntrico ao modelo da atenção primária ou aos modelos da vigilância da saúde, das linhas de cuidado e da promoção da saúde, deve-se de aceitar o desafio de investigar qual a combinação de tecnologias e abordagens mais adequadas para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos em busca de um atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país. Acreditamos, portanto, que não faz sentido optar-se sobre um modelo de atenção único para o SUS, dada a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde nas diferentes regiões, cidades e territórios do país.

2.3 ENTENDENDO O ACOLHIMENTO

O PSF é entendido como um Programa de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2001). Mesmo diante das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, o PSF demonstra elevado potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento (SOLLA, 2006).

Nesse contexto, numa primeira aproximação, a integralidade, como uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988, emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, diante da finalidade precípua de buscar de forma contínua, ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Tal ampliação não poderá ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde. Nesse sentido, a articulação entre a demanda espontânea e a demanda programada pelo serviço, expressa no diálogo necessário entre dois modos privilegiados de se apreender as necessidades de um grupo populacional (MATTOS, 2004).

Neste entendimento, Silva e Sena (2008, p. 48) define a integralidade na atenção como

um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

Para Mattos (2004), a concepção de integralidade não se restringe à atenção à saúde, mas possui inúmeras facetas, como: a dimensão social, filosófica, política, antropológica, emocional, psicológica, educacional, intersubjetiva, interpessoal, dentre outros. É que, esses aspectos, embora não estejam contidos na legislação do SUS, constituem um corpo de conhecimento, de fundamental importância que vêm sendo construídos por vários atores.

Diante desse conceito multifacetado, Teixeira (2003) acrescenta que as diferenças entre as várias compreensões de integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos no campo pretendem integrar, isto é, tornar inteiro o eu significa completar, inteirar e integralizar. E que como há muita coisa cindida, separada, fragmentada, partida, no campo da saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordialmente integradas. Destaca que é interessante tentar compreender as diferentes noções de integralidade que pululam no campo da saúde, a partir das partes que, julga-se, devam ser integradas.

O entendimento da integralidade como uma ação de completar, inteirar ou integralizar fez surgir uma proposta importante para o processo de reorganização da atenção básica, através da organização de práticas de "Acolhimento" e do estabelecimento de vínculos entre profissionais e clientela, implicando em mudanças na "porta de entrada" da população aos serviços. Tais mudanças podem acontecer com introdução de mudanças na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços, de modo a incluir atividades/ações resultantes de nova leitura para as necessidades sociais e de saúde da população (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006).

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem ganhando importância crescente no campo médico-sanitário e, sobretudo, vem requalificando a discussão a respeito do problema do acesso e da recepção dos usuários nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2003).

O acolhimento assume sentidos às vezes bem diferenciados, com destaque para: Saúde Mental, Programa HIV/AIDS, Enfermagem e Organização de Serviços. Todas as discussões desenvolvidas nessas diferentes áreas apresentam algum grau de interesse para o tipo de enfrentamento da questão que será aqui buscado, mas este se aproxima bem mais dos enfoques encontrados nos estudos de Organização de Serviços. Entre estes, destacam-se particularmente aqueles em que o acolhimento aparece como “estratégia de reorganização da assistência” ou como o “dispositivo operacional” básico do “modelo tecno-assistencial” (TEIXEIRA, 2003).

Para Franco, Bueno e Merhy (2006), nas práticas de saúde individual e coletiva, o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida. Assim, reconhecemos que,

sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica que impactem os processos sociais de produção da saúde e da doença.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, assumindo sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2006, p. 42).

Enraizado nesta sustentação, cabe à equipe multiprofissional de APS desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Vínculo é mais do que um usuário sempre ser atendido por um profissional. Este conceito se refere ao desenvolvimento de afetos entre trabalhador e usuário, construindo a interação entre duas pessoas, criando uma maneira particular de se relacionarem a cada caso (PINTO *et al.*, 2008) a cada situação e problema. É um determinado usuário saber que naquela USF tem profissionais que ele conhece pelo nome e que o reconhecem, que ele confia e sabe que vão fazer de tudo, junto com ele, para defender a sua vida.

O vínculo pode ser entendido como na responsabilidade pela vida e morte do paciente assumida pelo profissional, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada nem impessoal. O profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instância decisória ou nível de atenção (PINTO *et al.*, 2008).

Falamos de se responsabilizar pela resolução do problema de saúde de um usuário, junto com ele, de maneira corresponsável. Passar uma receita sem saber se ele pode ou não comprar, encaminhar para uma consulta ou exame especializado sem acompanhar e saber se terá condições de ser realizado é se responsabilizar com a prescrição de uma receita ou um carimbo no encaminhamento, não é se responsabilizar com a efetiva resolução do problema de saúde da pessoa. Temos que pensar a responsabilização centrando o foco no usuário e não nos procedimentos que fazemos e que não são iguais à resolução concreta de seu problema.

O vínculo e a responsabilização são favorecidos pelo cuidado longitudinal do usuário, ao mesmo tempo em que devem ser uma dimensão essencial do mesmo. Segundo Brasil (2011b, p. 32),

a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde.

Uma equipe que conhece um usuário, sua família, que cuida dele há algum tempo, que tem sua confiança, que conhece o seu problema de saúde, sua gravidade, o modo como vem desenvolvendo, o jeito que o usuário lida com ele, que conhece os hábitos dessa pessoa, suas teimas, suas crenças, suas manias e potencialidades, consegue desenvolver um cuidado com muito mais qualidade, adesão e resolutividade que um profissional que nunca viu aquela pessoa antes.

Esse profissional, para conhecer e estudar o problema do usuário, certamente solicitará várias consultas, especializadas ou não, e exames desnecessários; ficará certamente mais inseguro ante qualquer problema que pareça mais grave; terá mais dificuldade para relacionar causas, influências e situações familiares, sociais e subjetivas com o problema de saúde do usuário, muitas vezes propondo um Projeto Terapêutico sem efeito e adesão.

Assim, a longitudinalidade do cuidado, como tem sido demonstrado cada vez mais nas pesquisas, é um dos fatores mais importantes para a humanização, eficiência, efetividade e qualidade do cuidado. Por isso que a alta rotatividade dos profissionais nas equipes é um fator tão limitador da qualidade na estratégia de saúde da família, principalmente de sua resolutividade (BRASIL, 2011b).

Assim, quando falamos de resolver os problemas de saúde não estamos utilizando uma visão que limita a saúde à ausência de doenças, em sua maioria, biomedicamente definidas, estamos utilizando um conceito mais amplo de saúde e articulando isso ao conceito da integralidade que é um dos princípios do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

A incorporação da proposta do acolhimento contribui para a ampliação da responsabilização da clínica sanitária por parte do sistema de saúde e constrói vínculo entre os usuários e trabalhadores. Esta incorporação implica na introdução desta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas, na rede hospitalar, etc., assim como fortalecendo o controle social.

3 METODOLOGIA

Nunca se esqueça de um cliente e nunca deixe que um cliente se esqueça de você.

Walter Reuther

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, pois, segundo Lakatos e Marconi (2008), na pesquisa descritiva o foco essencial reside no desejo de conhecer a comunidade ao descrever com exatidão determinados fatos e fenômenos da realidade pesquisada. Teixeira (2000) considera a sua adequação nas situações em que o pesquisador tem a necessidade de entender sobre o comportamento e os elementos que influenciam determinados fenômenos. Nesse tipo de estudo, semelhante a Teixeira (2000), buscamos descrever a realidade como ela se apresenta, podendo ser considerada uma instância singular ou um conjunto de significados culturais de um grupo específico.

O estudo apresenta como desenho um estudo de caso, que, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 270), “constitui-se em um inventário do que acontece genericamente, à luz da observação de poucos indivíduos”. Quanto à sua natureza, trata-se de um estudo qualitativo, que valoriza a presença do entrevistado, oferecendo todas as perspectivas possíveis para que o informante-alvo alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalha com o universo de significados, das ações e relações humanas, ou seja, a abordagem qualitativa aprofunda esses elementos em seus aspectos não perceptíveis e não captáveis em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 2010).

Além dessas características, Triviños (1994) destaca que a abordagem qualitativa intenta captar não só a aparência do fenômeno, como também sua essência, e que, busca as causas da existência, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana.

3.2 CAMPO / CENÁRIO DO ESTUDO

Diante desta característica da microrregião, optamos por trabalhar com dois (2) municípios de pequeno porte. O Estado da Bahia é dividido em nove (9) macrorregiões, as quais comportam 28 microrregiões. A microrregião de Jequié é formada por um total de 25 municípios, tendo 517.253 habitantes. Desses, 20 (80%) apresentam população de até 20 mil

habitantes, constituindo um total 214.249 habitantes (41,4%), configurando-se como municípios de pequeno porte (BAHIA, 2008). Tal situação justifica a intenção de desenvolver um estudo nestes municípios, como possibilidade de conhecer suas formas organizativas de prestar cuidados as suas populações, possibilitando futuras comparações com outras realidades, em seus sistemas de saúde, e de que forma estas questões impactam a qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Neste sentido, foram utilizados como critérios de inclusão a proximidade geográfica do município sede da microrregião; possuir população de até 20.000 habitantes; apresentar processo de consolidação do PSF, ou seja, acima de 70% de cobertura pelo PSF.

O cenário do estudo foram as USF's existentes nos municípios selecionados, tendo como opção pela escolha maior facilidade para obtenção de dados, conhecimento e localização, diversidade de profissionais atuantes nessas unidades, referência exercida por essas para o encaminhamento aos serviços especializados, e pela visível complexidade gerencial apresentada.

Como critérios de inclusão, essas USF's precisavam estar situadas na zona urbana do município; funcionar com a equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde; ter equipe de saúde bucal; estar constituída há mais de seis (6) meses, tempo esse necessário para a criação de vínculo com a comunidade da área adscrita da USF.

3.2.1 Caracterização sociodemográfica dos cenários

3.2.1.1 Município 1 (M1)

Segundo dados do IBGE (2010), M1 apresenta 154,857km² de área territorial, e uma densidade demográfica de 64,48 habitantes por Km². A população é constituída de 7.459 pessoas, sendo 50,86% do gênero masculino. No ano de 2009 havia um total de 2.534 crianças matriculadas no Ensino Fundamental, 367 no ensino médio, 106 docentes no ensino fundamental e 19 no ensino médio.

O município possui um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 3.278,46 reais, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,617. A cobertura do PSF é de 82,6%, sendo a da zona urbana de 68,60%, e da zona rural de 31,39%. Existe no município 1 (uma) USF na zona urbana e 1 (uma) na zona rural. Destacamos que no referido município utilizamos como cenário do estudo a USF da zona urbana.

3.2.1.2 Município 2 (M2)

Conforme IBGE (2010), M2 apresenta 218,906km² de área territorial, e uma densidade demográfica de 64,48 habitantes por Km². A população é constituída de 14.115 pessoas, sendo 50,47% do gênero masculino. No ano de 2009 havia um total de 3.824 crianças matriculadas no Ensino Fundamental, 804 no ensino médio, um total de 208 docentes no ensino fundamental e 42 docentes no ensino médio.

O município possui um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de 3.499,35 reais e o IDH é 0,619. A cobertura do PSF é de 77,68%, sendo a da zona urbana de 100% e da rural de 50,09%. Existe no município 3 (três) USF na zona urbana e 2 (duas) na zona rural. Assim, como no município anterior, nosso cenário foram as USF da zona urbana.

Conforme demonstrado no Quadro 01 (ANEXO – D (Características sociodemográficas dos municípios), M1 apresenta aproximadamente metade da população de M2, contudo, a proporção da taxa de urbanização são próximas uma da outra. Quando a distribuição etária da população é comparada entre os residentes dos municípios, verifica-se que se equivalem a de indivíduos com idade menor que 20 anos e de indivíduos entre 20 e 60 anos. Entretanto, no outro grupo etário identificou-se que há um maior percentual de pessoas com mais de 60 anos em M2 do que em M1.

As características sociodemográficas dos municípios participantes deste estudo são semelhantes, no que tange IDH, PIB, média de domicílios e índice GINI. No entanto, constata-se que a incidência da pobreza nos cenários estudados encontra-se acima da metade de suas populações. Outro fato que chama a atenção é a taxa de crianças de 7-14 anos fora da escola, que em M2 é maior que a de M1. Quando se fala de domicílios sem rede de abastecimento de água, verifica-se que aproximadamente metade da população de M2 não o

possui, como também domicílios sem ligação à rede pública de esgoto e sem coleta pública de lixo. M1 e M2 equivalem-se ainda, pois os dois apresentam uma cobertura pelo PSF acima de 70%, sendo classificados, segundo Mendes (2002), como municípios em consolidação do PSF.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Este tópico trata dos sujeitos do estudo. A escolha por este universo ocorreu pelo desejo de analisar como estes profissionais efetuam o acolhimento e como compreendem seus componentes no processo de trabalho. Tivemos como sujeitos de estudo profissionais de nível superior que atuam no PSF, e observadas as práticas acolhedoras desenvolvidas por eles.

Foram entrevistados 11 (onze) profissionais, que durante a realização do estudo atuavam no PSF; e observadas as práticas acolhedoras desenvolvidas por eles: 4 (quatro) enfermeiros, 4 (quatro) médicos e 3 (três) cirurgiões dentista. É válido salientar que, durante o processo de coleta dos dados, 1 (uma) cirurgiã dentista encontrava-se em gozo de licença maternidade, justificando desta forma a coleta de dados de apenas 3 (três) de um universo de 4 (quatro) profissionais.

Estes profissionais, que atuavam durante a coleta de dados nas USF's da sede dos municípios pesquisados, se encontravam regularmente inscritos na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES).

Num primeiro momento da coleta de dados alguns poucos profissionais resistiram em participar da coleta, sendo necessário sensibilizá-los que as suas participações possibilitariam perceber situações e características importantes sobre o fazer saúde, definido por Merhy como trabalho vivo em ato (MERHY; ONOCKO, 2002), e, desta forma, mostrar que os resultados a serem encontrados poderiam trazer reflexões permanentes. Por outro lado, o resultado do estudo poderá contribuir para que o atendimento à saúde seja permeado pela existência de um vínculo, alcançado mediante a consideração de quem presta serviço e de quem recebe importante análise da inter-relação dos sujeitos (MERHY; ONOCKO, 2002). Após esse momento de sensibilização para a relevância do estudo, os profissionais aceitaram participar da pesquisa, porém, em certos momentos, com desencontros, ocasionando um acréscimo nos

gastos físico e econômico, maior que o previsto para as visitas de coleta de dados. Sabemos que esses encontros e desencontros eram previsíveis, tendo em vista os diversos compromissos e agendas especiais e inesperadas comuns no campo da saúde, além de questões pessoais.

Quadro 02 – Características dos sujeitos do estudo de acordo com o segmento e município estudado

Variáveis e Categorias	Profissionais de nível superior AB	
	M(1)	M(2)
Número de sujeitos	03	08
Média de Idade	24,3	33
Gênero		
Feminino	33,3%	62,5%
Masculino	63,3%	37,5%
Reside no município		
Sim	0%	25%
Não	100%	75%
Média de anos de formação	0,6	8,2
Média de anos no cargo/equipe	0,5	2,4
Tipo de Vínculo		
Concurso	--	--
Contrato	100%	100%
Cessão	--	--

FONTE: Dados da pesquisa, 2011.

Conforme Quadro 02, os municípios diferenciam-se na média de idade dos profissionais, pois os valores de M2 são maiores que de M1. Sobre a questão do gênero, suas realidades são inversamente proporcionais. Em M1 nenhum profissional reside no município, enquanto em M2 75% residem. Quando comparada a média de ano de conclusão do curso de graduação, os profissionais do M2 apresentam valores superiores, como também na média de anos no cargo da equipe. Todos eles têm seus vínculos empregatícios construídos na forma de contrato.

Quanto ao quesito aperfeiçoamento, 7 sujeitos têm pós-graduação, sendo 3 em Saúde Coletiva, Saúde Pública e em Gestão da Saúde Pública; 4 em áreas específicas de suas profissões, 1 em enfermagem nas urgências e emergências, 1 enfermagem obstétrica, 2

médicos em ginecologia e obstetrícia, 1 em cardiologia (em andamento), 1 odontóloga com especialização em ortodontia e em Metodologia do Ensino Superior.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo vincula-se a um projeto maior, com aprovação no CEP, e atende aos preceitos éticos que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos, legitimado pelo cumprimento das diretrizes da Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996a),

Trata-se de um subprojeto de uma pesquisa maior intitulada “Pesquisas Prioritárias no SUS (PP-SUS)”, e objetiva traçar o perfil de municípios que compõem a 13ª Diretoria Regional de Saúde do Estado da Bahia com relação ao processo de trabalho e da assistência à saúde em municípios de pequeno porte. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), que emitiu parecer favorável a sua realização, conforme protocolo nº 080/2009 [ANEXO – A (Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa)].

Dirigimo-nos aos municípios selecionados de posse do ofício de apresentação, emitido pelo Programa de Pós-graduação, solicitando autorização para proceder a coleta de dados nas USF's, o que foi autorizado [ANEXOS - B e C (Ofício encaminhado às Secretarias Municipais de Saúde)].

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [APÊNDICE – A (Termo de Consentimento Livre Esclarecido)], com disponibilidade de tempo para responder a um questionário semiestruturado, e que estivessem presentes na ESF nos dias das visitas, permitindo a realização da observação sistemática de sua prática profissional.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para que uma pesquisa qualitativa seja empregada com êxito, faz-se necessário que as técnicas utilizadas no trabalho de campo sejam ímpares, pois a partir delas compreenderemos

a dinamicidade da prática do PSF, bem como a comunicação e a interação entre os informantes e o pesquisador (SILVA, 2006).

Para este autor a pesquisa qualitativa se constitui em um momento de troca de ideias, opiniões, conceitos, com vistas à solução de problemas, entendimento e harmonização por meio da comunicação dialógica que se dá através de relações, onde pesquisador e sujeitos da pesquisa interferem com positividade e empreendedorismo no conhecimento efetivo da realidade.

Do ponto de vista da pesquisa qualitativa, a aplicação da estratégia da triangulação de métodos torna-se pertinente permitindo cruzar informações potencializando uma maior compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2010). Para tanto, utilizamos como técnicas e instrumento de coletas de dados os multimétodos da Entrevista Semiestruturada e da Observação Sistemática.

3.5.1 Entrevista Semiestruturada

A entrevista, enquanto técnica, para Minayo (2002, p.57), “é o procedimento mais usual no trabalho de campo”, ao possibilitar ao pesquisador obter informes realistas na fala dos autores sociais, e, portanto,

(...) não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva (MINAYO, 2002, p.57).

Procuramos, através da entrevista, obter informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL, 2010).

Nessa configuração, nos apoiamos na afirmativa de Triviños (1994, p.146) de que essa técnica “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teoria e hipóteses (...) oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe as respostas dos informantes”. Caso o entrevistado não discorresse claramente sobre a questão, formulavam-se perguntas complementares, visando a elucidar sua percepção.

As entrevistas foram realizadas utilizando-se os instrumentos de coleta de dados elaborados para o projeto PP SUS [APÊNDICE – B (Entrevista semiestruturada)], sendo que destas foram exploradas as questões relacionadas às práticas acolhedoras, o que permitiu detalhar os temas de interesse. As entrevistas, previamente agendadas, ocorreram nas USF's dos municípios estudados, nos próprios setores onde cada entrevistado atuava e teve a duração entre 25 a 40 minutos, sendo todas gravadas e, posteriormente, transcritas.

3.5.2 Observação Sistemática

Para Gil (2008), existem três formas de observação: a observação simples, a observação participante e a observação sistemática. Este autor complementa que, na observação sistemática, o observador sabe quais aspectos da comunidade ou grupo são significativos para alcançar os objetivos pretendidos, sabe o que procura, determinando o que carece de importância em um dado contexto, devendo ser objetivo, identificar possíveis erros, eliminando sua influência sobre o que vê ou reconhece (MARCONI e LAKATOS, 2008).

Conforme afirma Lakatos e Marconi (2008), a observação é uma técnica de coleta de dados utilizada para conseguir informações mediante o uso dos sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não se limitando apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar, o que resulta na percepção dos fatos diretamente sem qualquer intermediação. As autoras ressaltam que a observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento.

Guiados por um plano de observação [APENDÊNDICE – C (Roteiro para Observação)], e pelo estabelecimento prévio de categorias analíticas, o uso dessa técnica nos permitiu observar o funcionamento dos PSF, tendo como referência a dinâmica de atendimento ao usuário, procurando, a todo o momento, nos manter à margem dos acontecimentos, registrando em um diário de campo toda a movimentação natural do serviço. Neste processo, após autorização prévia da Secretaria de Saúde dos municípios, nos dirigimos às USF e nos aproximamos dos trabalhadores dos PSF pesquisados, informando-lhes sobre a realização da investigação e de que forma aconteceria nossa participação enquanto

pesquisador/observador ao acompanhar alguns atendimentos realizados por eles, sujeitos do referido estudo.

Na imersão do cenário do estudo, conforme orienta Minayo (2010), buscamos identificar o mediador (pessoa conhecida e bem aceita), caracterizado aqui pelo coordenador da unidade de saúde, por ser ele o líder da coletividade que facilitaria a interlocução entre o cenário e o pesquisador, pois seria arriscado adentrarmos em uma comunidade sem saber a potencialidade da representação do mediador. Posterior a isso, foi feita menção do interesse da pesquisa, quando apresentamos a credencial institucional, seguido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que formalizava a autorização dos profissionais participantes do estudo, garantindo-lhes o anonimato e o sigilo dos dados, explicando-lhes o motivo pelo qual foram selecionados [APÊNDICE – A (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)].

O ponto de partida para a observação sistemática deu-se no processo de atendimento do usuário na unidade de saúde e sua movimentação natural em busca da resolutividade para as suas necessidades de saúde. Para tanto, utilizamos a ferramenta chamada de “Fluxograma Analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” proposto por Merhy (2002), definido como um diagrama com a finalidade de desenhar o modo de organizar um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção.

O Fluxograma Analisador utiliza símbolos universais, sendo utilizada uma elipse para apontar o início e o fim do processo produtivo desenvolvido pela USF. O retângulo define o fluxo do processo de trabalho e o consumo de recursos disponíveis para sua realização possibilitando abrir novas etapas da cadeia de produção. O losango caracteriza momentos de decisão de caminhos possíveis de serem seguidos para atingir as etapas seguintes e distintas da cadeia de produção dos serviços de saúde (MERHY, 2002). Esta ferramenta possibilita a representação do que acontece com qualquer serviço de saúde, primordialmente as questões assistenciais, independente do profissional ou trabalhador de saúde, com suas aplicações, saberes e práticas, individuais ou coletivas, desenvolvendo intervenções tecnológicas tipicamente em saúde, estando representada a diagramação desta ferramenta na figura 1.

Figura 1: Diagramação do Fluxograma analisador. (MERHY, 2002).



Enfim, neste momento os fazeres cotidianos são lembrados e codificados no fluxograma, como um território de tecnológico do trabalho em saúde, que se dá pelo uso dos diversos instrumentos, conhecimento e relações que são estabelecidas entre os profissionais e os usuários.

3.6 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Conforme Vala (2000), a análise de conteúdo durante muito tempo foi apresentada como uma técnica predominantemente útil no estudo da comunicação social, sendo hoje uma das técnicas mais comuns na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais. Na prática da análise de conteúdo em um texto, um documento, uma entrevista ou qualquer outro material, o investigador formula uma série de perguntas que podem sistematizar a frequência de ocorrências de determinados objetos, as características ou atributos associados aos diferentes objetos, assim como desvelar a associação ou dissociação entre os objetos que emergem dos dados (VALA, 2000).

Desta forma, neste estudo optamos por trabalhar com análise de conteúdo, por ser esta definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 2009, p. 40).

Embasados na proposta metodológica de Bardin (2009), inicialmente procedemos à transcrição, na íntegra, das entrevistas, seguida da pré-análise, que buscou contemplar, por meio de uma leitura flutuante, a constituição do *corpus*, articulada à formulação das questões norteadoras e dos objetivos. Durante a etapa de exploração do material, aplicamos as regras de recorte, de codificação e de categorização sobre o conjunto das entrevistas agregadas por questões, buscando identificar os núcleos de sentido inerentes às mesmas.

Pautado ainda no autor, na utilização método da análise de conteúdo aplicamos a regra da exaustividade, não deixando de fora qualquer um dos elementos, por qualquer motivo, a regra da representatividade, onde a amostragem aponta se a amostra é uma parte representativa do universo estudado, podendo a amostra ser generalizada ao universo, a regra da homogeneidade, obedecendo a critérios precisos de escolha homogênea dos documentos e a regra da pertinência, onde os documentos utilizados correspondam ao objetivo proposto, suscitando a análise, isto significa, devem ser adequados, enquanto fonte de informação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por ideias nas quais acreditamos, nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença.

Roberto Shinyashiki

4.1 PRÁTICAS ACOLHEDORAS DESENVOLVIDAS NAS USF

A análise das informações nos conduziu a apresentar as ações desenvolvidas à luz das USF, mediante as práticas de vínculo, responsabilização, cuidado longitudinal e a resolutividade das necessidades de saúde dos usuários do sistema de saúde. Para isso, obedecendo a dois momentos: os elementos constitutivos provenientes do agir/fazer saúde (acesso à USF) e a relação entre usuário/trabalhador na consolidação do trabalho vivo em saúde (postura do profissional em relação ao usuário).

A partir das falas, surgiram os aspectos relacionados às práticas acolhedoras desenvolvidas pelo PSF nos dois municípios escolhidos, assim como através da observação foi possível verificar como os profissionais de saúde efetuam o acolhimento e como compreendem seus componentes no processo de trabalho.

Na perspectiva de apreender os objetivos traçados, avaliamos os aspectos organizacionais que configuram o modelo assistencial nas unidades de saúde com o intuito de identificar os elementos caracterizantes das práticas acolhedoras, ultrapassando os elementos da escuta, do afeto e da atenção, o que fez emergir a análise do universo consensual dos sujeitos que compõem o Programa de Saúde da Família sobre a sua prática profissional/trabalho em saúde a partir das diretrizes do SUS, expressos em cinco categorias e subcategorias, a saber:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1 Concepções sobre o SUS e as práticas acolhedoras	1: Concepções com fundamentos teóricos 1.2: Desconhecimento 1.3: SUS como caridade
2 Agir/fazer e as práticas acolhedoras	2.1: Acesso as ações e serviços de saúde 2.2: Organização da oferta de serviços
3 Uso de tecnologias nas práticas em USF	
4: Longitudinalidade e responsabilização do cuidado	4.1: Referência e contrarreferência 4.2: Falta de acompanhamento dos encaminhamentos
5: Práticas acolhedoras	5.1: Encontro e desencontros dos usuários e trabalhadores 5.2: Escuta desqualificada

1 CONCEPÇÕES SOBRE O SUS E AS PRÁTICAS ACOLHEDORAS

A configuração do SUS pressupõe garantir a toda população brasileira, acesso às ações e serviços de saúde de forma universal, considerando todos os aspectos que permeiam a vida do indivíduo, família e sociedade, disponibilizando os saberes e tecnologias de saúde de forma coerente, visando à resolutividade das necessidades de saúde da população, aplicadas a práticas acolhedoras e humanizadas.

Desta forma, ao questionarmos os sujeitos do estudo sobre o seu entendimento do SUS, do ponto de vista técnico e legal, torna-se impossível executar uma tarefa qualquer sem conhecer suas finalidades, a quem interessa e suas possibilidades de resultados. Desta forma, não há como pensar nas práticas acolhedoras sem conhecer e identificar o conhecimento/concepções dos sujeitos que participaram do estudo acerca do que é o SUS. Deste ponto, surgem os primeiros passos na busca pela compreensão dos elementos constitutivos caracterizantes do processo de formação do ato de acolher. Da análise das entrevistas, emergiram 3 (três) subcategorias: Fundamentação teórica, desconhecimento, e o SUS como caridade.

1.1 Concepções com fundamentos teóricos

Constata-se que alguns profissionais conhecem a sua definição, sendo capaz de formular conceitos que se validam ou aproximam-se das conceituações teóricas consolidadas, definidas nos dispositivos legais, conforme evidenciado nas falas:

Programa de abrangência a maior parte da população de forma descentralizada para tentar conseguir alcançar toda necessidade de saúde da comunidade ^(Enf. 1).

Oferta de serviço de saúde de baixa, média e alta complexidade [...] oferta de serviço de saúde que a população demanda [...] não mais aquele conceito do que a gente oferece [...] ^(Enf. 2).

Direitos a todos serem tratados igual para ter saúde ^(Enf. 3).

Sistema Único de Saúde que visa integrar todo serviço de saúde a população, oferecer serviço de forma integral, universal, buscando seus princípios de equidade [...] ^(Odont. 1).

Como podemos perceber, alguns profissionais de saúde entendem o SUS de acordo com as concepções teóricas e suas diretrizes normativas. Tal entendimento influencia em suas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, uma vez que atende aos preceitos e princípios regulamentadores do SUS, estabelecidos na forma de estruturar e organizar as ações serviços desenvolvidas no setor saúde, assim como aperfeiçoa os elementos que influenciam práticas mais acolhedoras nas USF's.

Tal contexto é condicionado e determinado pela educação/formação destes profissionais de saúde. A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (PASCHOAL, 2004). Neste seguimento, a formação dos profissionais de saúde exerce influência direta na Gestão, Atenção, Ensino e Controle Social do SUS.

Duarte *et al.*(2008) discutem a necessidade de refletir acerca do cuidado em saúde e seus rumos, a partir da análise sobre alguns aspectos dos avanços possibilitados pelo conhecimento científico. Para o autor,

[...] o conhecimento científico se materializa nas tecnologias em saúde que, muitas vezes, carregam consigo contradições, pois ao mesmo tempo em que são criadas pelo homem e, em primeira instância, para seu benefício, têm resultado na perda da dimensão ética do cuidado, provocando um distanciamento do cuidador em relação ao sujeito a ser cuidado (DUARTE *et al.* 2008, p. 267).

Mattos (2004) afirma que a cientificidade traz para o campo da saúde a escolha da melhor forma de cuidar, ou seja, defende o cuidar prudente para a vida decente. Para esse autor, a caracterização do melhor cuidado não é a sua cientificidade, mas sua contribuição para uma vida coerente, incluindo-se aqui conhecimentos que, mesmo não científicos, se voltam para uma vida decente.

No tocante ao SUS, os sujeitos do estudo entendem os seus elemento estruturantes, que devem nortear toda e qualquer ação e serviço em saúde seja para inserir ou implementar o sistema de saúde conforme os seus princípios, como evidenciado na fala:

Sistema de saúde que o principal princípio dele é a integralidade, universalidade e equidade [...] o que mais ele quer é a resolubilidade ^(Odont. 3).

A afirmativa acima é reforçada por Vasconcelos e Pasche (2007), ao afirmarem que o SUS dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, traduzindo em ação os princípios e diretrizes desta política, tendo como princípio a universalidade, integralidade e equidade, e como diretrizes a descentralização, regionalização e participação comunitária os quais estabeleceram de forma inequívoca o caminho a ser percorrido pelo sistema, ou seja, “as regras do jogo”.

Durante a observação 19, o profissional de saúde, durante uma entrega de resultado de exame, busca aplicar o princípio da integralidade ao esclarecer quais os fatores que estão condicionando e determinando a alteração laboratorial. Isto, somado às falas dos sujeitos inseridos no PSF, evidencia a real necessidade de conhecimento do que é, qual a finalidade e como funciona o SUS, para que, de uma forma mais pontual, possam incorporar práticas coerentes de acordo com fluxos organizativos e estruturais, conforme suas realidades locais. Costa e Miranda (2008) afirmam que o PSF vem ocupando lugar de destaque no SUS por compartilhar dos seus princípios e diretrizes e buscar um atendimento à saúde humanizado, resolutivo e capaz de responder às necessidades sociais e de saúde da população.

Evidenciamos com isso o papel primordial do PSF na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, os quais possibilitarão desenvolver práticas acolhedoras que promovam uma assistência integral, mais humanizada, com cuidados longitudinais e de forma resolutiva.

1.2 Desconhecimento

O desenvolvimento de práxis assistenciais no SUS, que visa a garantir as diretrizes e os princípios deste sistema deve culminar em práticas que garantam ações mais humanas e resolutivas. Em contraste, evidenciamos nas falas de alguns dos sujeitos a incipiência ou o desconhecimento do significado e da funcionalidade do SUS, como as falas abaixo demonstram:

Tem uma proposta brilhante, apesar de não funcionar como deveria [...] ^(Méd. 1).

É um sistema que deixa a desejar, no papel é lindo, na vida real não ^(Méd. 4).

SUS é o quê? [longo silêncio...] ^(Odont. 2).

Fica evidente nas falas que, apesar de terem sua formação e atuação voltadas para o campo saúde, desconhecem a conceituação do SUS, e, com isso, aumenta-se a perspectiva de oferecer ou disponibilizar ações e serviços de saúde desconsiderando a resolutividade dos problemas de saúde, e automaticamente não gera vínculo entre os sujeitos, nem a responsabilização do ato de cuidar.

Em conformidade com as observações, o descumprimento das diretrizes do SUS confirma-se, no momento da consulta de um usuário do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Na consulta Méd. 1 verificou apenas a queixa principal relatada pela mãe (dor na garganta), perguntou o peso da criança, anotou no prontuário e prescreveu uma medicação adequada. Já durante o atendimento de Odont. 1 a um trabalhador da zona rural (38 anos) lança mão de uma intervenção mais agressiva (extração de dente) em detrimento de medidas que busquem melhorar a qualidade de vida do usuário e que não venham comprometê-la, pois tal extração prejudica o processo de mastigação, além de comprometer a questão da estética. Somado a este ato, após a saída do usuário, Odont. 1 complementa com o seguinte comentário:

Como ele trabalha na roça, este dente não fará falta no dia-a-dia ^(OBS.8).

Este comentário demonstra o não atendimento ao princípio da equidade, ou seja, tratar igual os desiguais, ou, oferecer mais para quem precisa de mais e oferecer menos para quem precisa de menos. No SUS o atendimento aos seus princípios e diretrizes é importante na busca por um sistema de saúde cada vez mais efetivo. Para tanto, urge a necessidade de redesenhar o processo de formação dos profissionais de saúde para atender aos preceitos e finalidades do SUS.

No processo de formação da educação de nível superior, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº. 9.394/96 estimula a formação de profissionais de saúde nas diferentes áreas de conhecimento, capacitados para atuar e contribuir no desenvolvimento da sociedade brasileira, identificando os principais problemas que afligem a população junto à qual exerce suas atividades, prestando serviços especializados e estabelecendo uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996b).

Portanto, entende-se que a formação dos profissionais de saúde é um projeto educativo que extrapola a educação para o domínio técnico-científico da profissão, estendendo-se pelos aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam para a elevação da qualidade de saúde da população, tanto no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença quanto nos aspectos de organização da gestão setorial e estruturação do cuidado à saúde. A formação destes profissionais representa um desafio para a gestão pública do setor saúde em ordenar políticas de formação, como prevê a Constituição Nacional no Brasil (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Feuerwerker (2002); Feuerwerker, Llanos e Almeida (1999), a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. As instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Para trabalhar no SUS com qualidade e atender as necessidades da população, é necessário ser um profissional generalista tecnicamente competente e com sensibilidade social. As Diretrizes, portanto, valorizam além da excelência técnica a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida isso implica na formação de profissionais capazes de prestar atenção integral mais humanizada, trabalhar em equipe e compreender melhor a realidade em que vive a população.

Além desses critérios para um atendimento com qualidade, Deleuze (1992) afirma que a formação como política do SUS poderia se inscrever como uma “micropotência” inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde.

1.3 SUS como caridade

Nesta subcategoria evidenciamos que os trabalhadores entendem o SUS como um programa de caridade e não para garantir a toda população brasileira acesso às ações e serviços de saúde de forma igualitária, universal (sem restrição de raça/cor, classe econômica), assim como considerar todos os aspectos que permeiam as vidas dos usuários (equidade), conforme explicitado nas falas:

[...] num país pobre como o Brasil você oferecer uma saúde gratuita, oferecendo um atendimento completo, apesar das dificuldades ^(Méd. 1).

Funciona hoje muito fora do ideal e do que é a proposta do SUS, todo mundo sabe disso, né? Acaba que hoje funciona como um paliativo, um meia boca, consegue ajudar um pouquinho mais a alguns, outros a população não ^(Méd. 3).

As falas dos sujeitos nos remetem a um pensamento que o SUS é um programa que privilegia e é voltado aos usuários de classes sociais e educacionais menos favorecidas. De modo geral, ao desenvolvermos nossas práticas assistenciais, ao lançarmos mãos de técnicas e tecnologias para resolvermos os problemas e atendermos as necessidades de saúde individuais e coletivas, essas ações eram vistas como caridade pelos usuários. Isso acontece pelo desconhecimento dos direitos de cidadania que os mesmos têm. Apesar da concepção dos profissionais da saúde sobre o SUS, do ponto de vista legal a Constituição Federal garante a saúde como direito de todos e sendo um dever do Estado, desenvolvidas através de políticas sociais e econômicas para reduzir o risco da doença e de outros agravos à saúde (BRASIL, 1988).

No entanto, não é isso que pensam os profissionais:

[...] é muito bom para essas pessoas menos favorecidas ^(Enf. 4).

Contrariando o pensamento de Enf. 4, Fracolli e Bertolozzi (2003) afirmam que os problemas de saúde são resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior da sociedade. Complementam que as condições de saúde dos trabalhadores se produzem no local de trabalho, no âmbito do consumo familiar no domicílio em que residem na sua vida organizativa e cultural, entre outras. Entendem que em cada um desses espaços

ocorrem fatos possivelmente destrutivos e benéficos para o funcionamento de seu corpo biopsíquico e para a saúde.

Portanto, corroboramos com os autores supracitados, pois a doença não acomete somente os “menos favorecidos” (grifo nosso), mas a todo e qualquer indivíduo que possua cofatores pré-existentes, os quais funcionam como potencializadores de um determinado agravo à saúde, desta forma, pensar no SUS como um ato de caridade e da oferta de favores a uma parte da população é desconstruir a formulação de políticas públicas que respaldam o Sistema Único de Saúde (SUS), apoiados nos seus princípios estruturantes de universalidade da atenção e descentralização dos serviços (HEIMANN; MENDONÇA, 2005).

A realidade das grandes cidades, com a implementação dos seus sistemas de saúde através da implantação de unidades da ESF contemplam prioritariamente áreas de maior carência socioeconômica, onde parte da população vive em condições precárias e exposta a problemas, como violência e desemprego (SILVA *et al.* 2010). No entanto, tal atitude não configura o SUS como ação de caridade, muito além disso, estabelece um padrão organizativo que privilegia a integralidade do cuidado de forma equânime.

Na busca desse entendimento, o movimento de promoção da saúde poderia possibilitar a construção de uma consciência crítica sobre a saúde por parte das pessoas, sejam de qualquer classe social, pois não é privilégio de pessoas pobres (RABELLO, 2010). O SUS consolida-se a partir de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e o papel da educação para a saúde (educação continuada) na construção dessa consciência crítica.

2 AGIR/FAZER E AS PRÁTICAS ACOLHEDORAS

Identificar como os profissionais de saúde das USF's desenvolvem o processo de trabalho, planejam e organizam os serviços torna-se pertinente, já que esses precisam desses elementos para implementar os componentes da prática acolhedora mediante o vínculo, responsabilidade, longitudinalidade do cuidado e a responsabilização.

Para isso, buscamos entender como estes identificam as necessidades de saúde da população; como organizam a oferta de serviços das unidades e como se dá as formas de acesso às ações e serviços de saúde oferecidos.

A avaliação do agir/fazer adotados nas USF's na sua concretude da produção de serviços de saúde parte de um conjunto de saberes utilizados pelos trabalhadores de saúde, assim como de todo aparato institucional para a sua organização dos serviços de saúde, além de expressar um projeto de política de saúde (MERHY, 2002). Nessa perspectiva, foram identificadas as subcategorias a seguir:

2.1 Acesso às ações e serviços de saúde

O acesso dos usuários às ações e serviços de saúde são mediadas pelas facilidades e dificuldades que estes têm em obter o tratamento desejado na rede de serviços de saúde, em diferentes níveis de complexidade e de modalidade de atendimento (SILVA JUNIOR, 2001). Na tentativa de iniciarmos uma aproximação com o objeto de estudo, observamos as USF a partir de sua lógica organizativa, onde foi possível perceber algumas situações e características importantes sobre o “fazer saúde” através da produção das ações e serviços padronizados e de seus fluxos durante o dia-a-dia dos serviços, evidenciando suas características e potencialidades do trabalho prestado, da sua finalidade e importância e sujeitos alvos da assistência.

Ao questionarmos e observarmos os sujeitos do estudo para entendermos sobre o acesso ao serviço de saúde, quem esta pessoa procura ao chegar à unidade, de forma unânime, suas respostas configuram-se única e exclusivamente no(s) trabalhador(es) de saúde de nível médio (recepcionista), onde na maioria das vezes estes trabalhadores desconhecem a ordem de prioridade e/ou necessidades de saúde a serem preferencialmente atendidas ou organizadas no agir das unidades de saúde para garantir o cumprimento do princípio da equidade. No entanto, nas observações, identificamos que de forma pontual, os usuários procuram também o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e o enfermeiro. É possível evidenciar tal afirmação nas falas dos sujeitos abaixo.

Recepcionista e a enfermeira ^(Méd. 2).

Recepcionista e triagem ^(Méd. 3).

Recepcionista e a ACD ^(Odont. 1 e Odont. 2).

Percebemos, a partir dos relatos, que as Unidades de Saúde organizam suas ações a partir do direcionamento dado pelo(s) trabalhador(es) de saúde, especificamente pela recepcionista, oferecendo ações e serviços a partir de sua lógica de entendimento, desconsiderando e/ou desconhecendo as necessidades de saúde dos usuários, classificando-os e direcionando-os para o conjunto de ações clínicas da unidade. Este achado nos remete à necessidade de repensarmos a linha organizativa, assim como refletir sobre o modelo assistencial adotado.

Além da reflexão proposta, faz-se necessário adotar processos de intervenções institucionais, tomando como o desafio central a produção de uma reforma do sistema de direção dos serviços de saúde, implicando em uma gestão coletiva dos processos de trabalho em saúde, pautadas nos interesses do(s) usuário(s) dos serviços, caracterizando as necessidades de saúde (MERHY, 2002). O referido autor defende ainda a existência da necessidade de entender a micropolítica do trabalho em saúde, possibilitando a construção de dispositivos de mudanças que busquem no usuário final dos serviços de saúde o seu mais profundo significado.

Na tentativa de entendermos como os usuários atendem – a lógica dos serviços no papel dos trabalhadores e/ou profissionais de saúde de nível médio, referência para organizar o fluxo de acesso as ações e serviços nas unidades de saúde – verificamos que esses confirmam a observação anterior, na qual a recepcionista configura-se como referência na organização do fluxo de acesso, conforme os registros das observações a seguir:

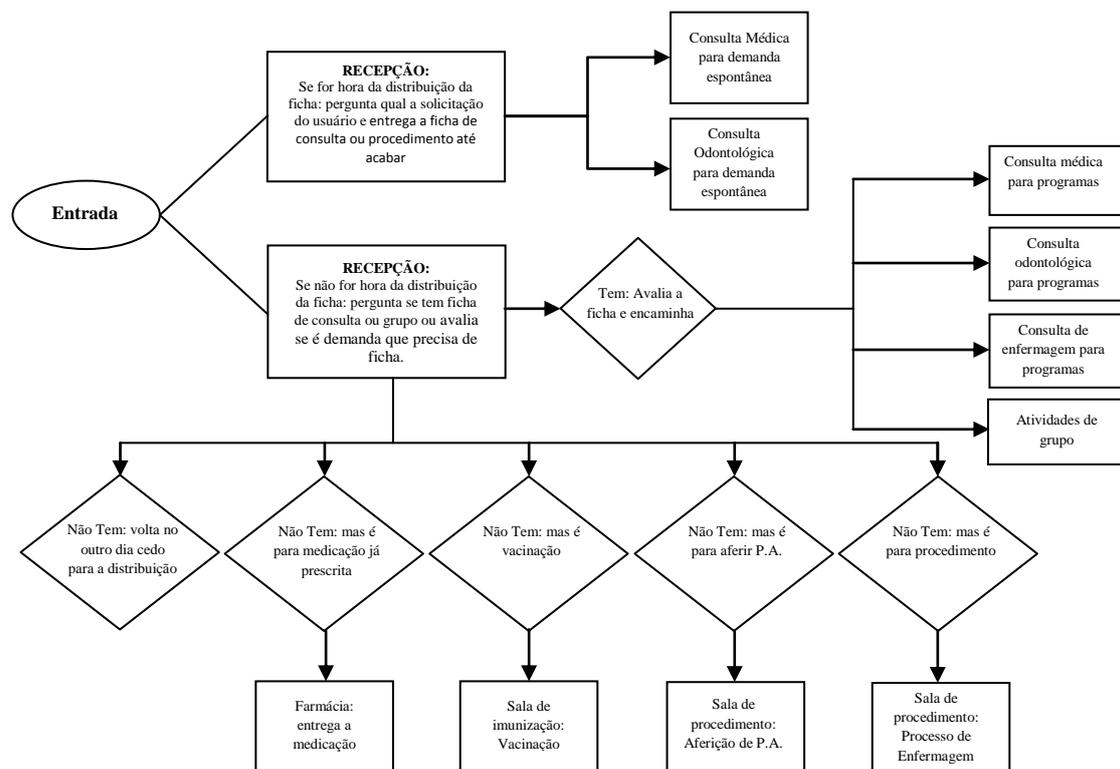
E.J.S., sexo feminino, 39 anos, chega à unidade às 9 horas e vai em direção à recepção informando a necessidade de entrega de resultado de exames para a enfermeira. Não estava agendada ^(OBS 1).

N.S.M., sexo feminino, 13 anos, em companhia da genitora, chega a unidade às 7 horas, unidade ainda fechada, organiza com outros usuários a ordem do atendimento, quando a unidade abre, dirige-se à recepção relatando que tem consulta agendada para o médico ^(OBS 3).

S. dos S., sexo masculino, 38 anos, adentra a unidade por volta das 8 horas, encaminha-se à recepção relatando ter consulta odontológica agendada ^(OBS 7).

Percebe-se que, no cotidiano, o usuário aprende a lidar com os limites impostos pelo próprio serviço e mostra que ele, de certa forma, apreende as regras e normatizações disciplinadoras do atendimento e seus agentes. A relação que se estabelece entre usuário e o trabalhador conduz a construção de alternativas para o problema, ao mesmo tempo em que fica evidente a relação de poder ali existente. Esse poder é constituído nas relações sociais e é historicamente construído, uma vez que atribui ao trabalhador de saúde, detentor de um saber específico, um poder maior que o do usuário (MATUMOTO, 1998).

FIGURA 2 – Fluxograma de acesso as ações e serviços de saúde das USF's.



FONTE: Dados da pesquisa.

A observação da rotina dos serviços nos possibilitou evidenciar a forma utilizada pelo(s) trabalhador(es) de nível médio (receptionista) para encaminhar o usuário para as ações dentro das unidades de saúde. Constatamos a desconsideração por partes dos trabalhadores em relação às necessidades de saúde, uma vez que lançam mão apenas de aspectos organizativos (fichas e ordem de chegada), oferecendo mais para quem precisa de menos e menos para quem precisa de mais, não obedecendo ao princípio da equidade. A

observação da lógica dos serviços prestados possibilitou-nos elaborar um fluxograma de acesso às ações e serviços de saúde nas USF's estudadas (Figura 2), construído com base no fluxograma analisador defendido por Merhy (2002), possibilitando, desta forma, o entendimento do atendimento da porta de entrada e análise crítica das estruturas organizativas disponibilizadas aos usuários.

Conforme sustenta Merhy (2002), qualquer trabalhador de saúde domina determinado espaço no processo de trabalho, usando sua sabedoria e prática, e, de certa forma, apresenta certa autonomia para tomar decisão neste seu encontro com o usuário. Podem intervir neste modo de receber os usuários, indo para além daquilo que estiver normatizado e protocolado como “modo de atuar”, escolhendo lançar mão de práticas “acolhedoras” ou não, classificando o usuário em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços. Neste aspecto, Takemoto e Silvia (2007) consideram a recepção dos serviços de saúde como sendo um local tradicionalmente conflituoso, responsável por receber usuários com diferentes demandas e por encaminhá-los dentro das alternativas existentes no serviço.

De modo geral, foi possível constatar que, independente das necessidades de saúde do(s) usuário(s) e da bagagem de saberes específicos e práticas do(s) trabalhador(es) de saúde, este encontro procura estabelecer no mínimo uma relação de compromisso baseado na sinceridade, na responsabilização e na confiança, numa perspectiva de encontrar solução possível para o problema apresentado.

2.2 Organização da oferta de serviços

Este componente caracteriza de forma distinta e peculiar o planejamento, a distribuição e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde que possam atender grupos de agravos que ocasionam riscos à saúde da população, através do desenvolvimento de ações assistenciais diretas, assim como ações de promoção da saúde. Desta forma, existe uma importância em verificar a forma como são desenvolvidas e organizadas essas ações com base no cumprimento dos princípios do SUS, que resulte no vínculo, responsabilização, longitudinalidade do cuidado e resolutividade na assistência.

As entrevistas nos revelaram que a organização das ações de saúde das USF estão pautadas no que chamam de “semana típica” e em alguns momentos, também chamada de “programas”, conforme podemos constatar nas falas:

Semana típica ^(Enf. 1).

[...] por programa ^(Enf. 3).

Oferta organizada com a semana típica ^(Enf. 4).

Adultos, idosos, gestantes, criança [...] ^(Méd. 2).

Semana típica com agendamento ^(Méd. 4).

A lógica estabelecida pelas USF’s em ofertar ações de saúde, por meio da semana típica ou programas, não garante o atendimento aos princípios do SUS, muito menos as necessidades de saúde dos usuários, além de oferecer uma assistência que valoriza a fragmentação do cuidado, ou seja, identifica as necessidades de saúde e organiza a assistência em partes, desconsiderando o princípio da integralidade da assistência estabelecido pelo SUS.

Estes achados foram confirmados por meio das observações realizadas nas USF’s, na qual o profissional orienta a usuária a voltar num outro momento para a entrega do resultado do preventivo, pois naquele período não era o dia específico para tal atendimento ^(OBS 20).

Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), na situação supracitada, afirmam que, numa relação do acolhimento com a integralidade, este princípio parece como um caminho a ser percorrido infinitamente, uma forma inovadora, complexa e polissêmica, pois se traduz como uma ideia com vários sentidos e representações que, de certo modo, se associam às necessidades sentidas e verbalizadas pelos usuários/famílias e vincula-se ao compromisso dos trabalhadores de saúde na condução de suas práticas, visando à resolubilidade das questões apresentadas pela clientela, mediante o cuidado integral.

Villela e Oliveira (2009) acrescentam que há necessidade de articulação e expansão das ações de saúde já tradicionalmente ofertadas pelo sistema, pois, por ser o SUS um sistema complexo, ele busca combinar ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, devendo atender a todos, reduzir desigualdades sociais, viabilizando que os excluídos tenham acesso à saúde respondendo às diversas necessidades de saúde das populações.

Os autores Souza e Hamman (2009) complementam esta ideia argumentando que o planejamento em saúde deve ser baseado na realidade local, de modo a viabilizar a programação de atividades orientadas segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com os indivíduos, famílias e comunidades.

Ainda de acordo com os autores citados, estas reflexões se fazem necessárias, pois esta fragmentação das ações e serviços, assim como do cuidado, deixa de gerar fatos como no caso de mulheres que tinham necessidades específicas de saúde e as ações de atenção materno-infantil realizadas pela rede pública de saúde apresentavam como foco a criança, tomando as mulheres como meras incubadoras. Tal constatação resultou em mudanças a partir do posicionamento político desencadeado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que, sustentado pela integralidade, reconhece as mulheres como sujeitos de saúde. A integralidade do cuidado à saúde é entendida como um princípio do SUS, que tem no campo das práticas um espaço privilegiado para a materialização da saúde como um direito e como um serviço.

Por esses pressupostos, neste estudo, consideramos práticas acolhedoras como sendo a forma como as atividades de saúde são organizadas, vislumbrando a execução de práticas não fragmentadas. Para sua consecução e enfrentamento dos problemas sociais e de saúde, faz-se necessário a reflexão do contexto histórico, político e social, com vistas à superação do modelo ainda hegemônico de se fazer saúde. Nessa perspectiva, cada vez que o PSF, embasado nas necessidades de saúde da população, organiza seu trabalho e define ações prioritárias, possibilita o aperfeiçoamento das práticas acolhedoras ao romper com as ações instituídas, que respondam às necessidades a ser planejada no momento da estruturação do serviço.

3 USO DE TECNOLOGIAS NAS PRÁTICAS DAS USF'S

A identificação da utilização de equipamentos apropriados na realização de práticas assistenciais em prol do usuário se faz necessária, pois estes elementos podem exercer influências dentro dos aspectos que correspondem às práticas acolhedoras.

Brasil (2009) define que tecnologia em saúde abrange qualquer intervenção que possa ser utilizada para promover a saúde, incluindo desde as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, como também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos.

A análise permitiu a identificação da importância atribuída pelos profissionais para a utilização de equipamentos, e da influência direta que esses exercem no desenvolvimento das práticas acolhedoras. Apesar dessa importância, o discurso dos sujeitos expressa a ausência de alguns equipamentos nas USF.

Balança para acompanhar as crianças nem aquela mesa apropriada para você medir crianças menores de 1 ano, a gente fica tentando adaptar [...], no HIPERDIA algumas medicações. A cama que é feita o pré-natal é inadequada que é aquela maca ginecológica em que as pernas da mulher ficam abaixadas. A sala de vacina tá faltando àquela parte que faz o escoamento que a gente limpa toda sexta-feira ^(Enf. 1).

Aparelhos tecnológicos tipo computador que é necessário hoje numa unidade de saúde [...], a própria estrutura física é uma das queixas nossa, em relação até uma oferta de serviço melhor, [...], melhoramento nos móveis, [...] a estrutura física seria nossa dificuldade maior ^(Enf. 2).

Medicamentos, aparelhos ^(Méd. 4).

Ao abordarmos as práticas acolhedoras, esta comporta a interseção de diversos fatores, e não apenas a relação entre pessoas, o que nos leva a refletir sobre a percepção dos profissionais em relação às práticas acolhedoras, sem articular com o uso das diversas tecnologias em saúde, em prol da efetivação de uma assistência à saúde com qualidade e resolutividade.

O uso de equipamentos permeia o processo de trabalho, o qual é definido por Marx (1994) como uma atividade em que o homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos. Para esse autor, essa transformação está subordinada a um determinado fim, e tem como componentes três elementos do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho; e os instrumentos ou meios do trabalho.

O processo de trabalho é também definido por Mendes Gonçalves (1992) como um determinado “objeto” que é transformado em um produto pela aplicação de determinada tecnologia, com o objetivo de atender a finalidade originada de uma necessidade. Salienta, contudo, que o processo de trabalho e seus componentes constituem categorias de análise, portanto, abstrações teóricas por meio das quais é possível abordar e compreender certos aspectos da realidade, no presente caso as práticas de saúde, cujo trabalho constitui a base mais fundamental de sua efetivação.

Durante a observação das práxis foi possível comprovar que a ausência de equipamentos e/ou emprego de tecnologias adequadas incidem diretamente em práticas pouco acolhedoras, não garantido um olhar integral sobre o cuidado e a não responsabilização do profissional de saúde pela sua conduta. Na observação 1, realizada durante a prática assistencial de Enf. 1, quando da entrega por uma usuária do resultado do exame Papanicolau, esse profissional ficou impossibilitado de reavaliar a paciente, pois o equipamento “foco” estava quebrado, inviabilizando a visualização da área do colo uterino, para estabelecer uma conduta compatível com a situação de saúde da usuária.

Neste sentido, Amorim *et al.* (2010) afirmam a necessidade de reflexão da gestão sobre as tecnologias, analisando as questões econômicas, incluindo avaliações de eficiência, custo-efetividade, impacto orçamentário e custo de oportunidade, pois, muitas vezes, a efetividade desta tecnologia sobrepõe o custo. Para estes autores citados, considerando a introdução das tecnologias em saúde, existe a necessidade de determinar o desfecho clínico das intervenções em termos de eficácia (demonstração de benefício em ambiente controlado de ensaios clínicos), segurança e efetividade (benefício em estudos aplicados ao mundo real) antes da sua aplicação nos sistemas de saúde.

4 LONGITUDINALIDADE E RESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO

Esta categoria apresenta a forma como ocorre a longitudinalidade do cuidado, assim como a responsabilização dos profissionais do PSF em relação aos seus usuários e mostra o modo como os profissionais utilizam a referência e contrarreferência, e o acompanhamento dos encaminhamentos feitos aos serviços especializados.

Segundo Baratieri; Marcon (2011), para que esses importantes aspectos da longitudinalidade e responsabilização do cuidado ocorram, faz-se necessário os quatro atributos essenciais: acessibilidade, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação.

Estes atributos são desenvolvidos no PSF e, segundo Starfield (2002), apresenta o caráter de reorganização do modelo assistencial, através de um modelo contínuo de atenção, ou seja, sem previsão de término, sendo considerada a maior porta de entrada no sistema de saúde para as necessidades e problemas de saúde da população. Oferece também atenção para a pessoa no decorrer do tempo, para quase todas as condições, exceto as raras, além de coordenar ou integrar as ações fornecidas em outro lugar ou por terceiros.

Todos estes atributos são importantes para a APS e, conseqüentemente, para o PSF, complementados pela longitudinalidade, que significa o acompanhamento do usuário ao longo do tempo pela equipe de saúde.

4.1 Referência e contrarreferência

Neste seguimento, podemos constatar nos discursos o desconhecimento por parte dos profissionais sobre o processo de referência e contrarreferência, assim como a sua funcionalidade prática, conforme as falas nos apontam:

Sim, na urgência e emergência. Não faz agendamento ^(Enf. 1).

A referência sim a contrarreferência não ^(Enf. 2, Méd. 3, Méd. 4).

Sim. Tem data para ser agendada na Secretaria de Saúde ^(Enf. 3, Enf. 4, Méd. 1, Méd. 2).

Além do desconhecimento do processo de referência e contrarreferência, identificou-se ainda uma fragilidade neste sistema, uma vez que, em algumas situações, funcionam na informalidade, sem parâmetros definidores e com pouca articulação entre as unidades de saúde disponíveis, independente dos níveis de complexidades que as envolvam. Estes fatores geram práticas que inviabilizam o cuidado integral, universal e equânime, onde, de forma específica, direcionam para cuidados desumanos e com baixa resolutividade.

O estudo de Nascimento e Nascimento (2005) identificou dificuldades na articulação do PSF com unidades de saúde mais complexas. Os autores as consideram como uma das principais limitações do Programa. Nesse aspecto, Prado, Fujimori, Cianciarullo (2007) verificaram que há uma enorme quantidade de pessoas encaminhadas, quando comparado com modelos tradicionais, fator este que colabora para a ocorrência dessas dificuldades. Tais achados apontam para a necessidade de as unidades de saúde entenderem como se dão os processos de articulação e/ou regulação do usuário em uma rede assistencial, articulando em diferentes níveis de atenção, o que permitirá ampliar o leque de possibilidades em prol do usuário, e, desta forma, efetivar o SUS com práticas cuidadosas, acolhedoras e resolutivas.

Neste sentido, Silveira *et al.* (2008) refletem que houve pouco avanço no desenvolvimento dos processos de regulação, termo este que, segundo Nascimento *et al.* (2009), quando aplicado ao setor saúde, tem diversos entendimentos, concepções, práticas e definições como: regulação da atenção à saúde, regulação assistencial e regulação do acesso.

Segundo estes autores e a coleção para entender a gestão do SUS (BRASIL, 2011c), é muito comum confundir regulação assistencial com regulação de acesso, embora os conceitos pareçam similares, existe diferença entre eles. A regulação assistencial é entendida como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demandados usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. A regulação do acesso refere-se ao estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime. Assim, a regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador.

Vale ressaltar que, ao regular o acesso, considerando protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui determinada é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2011c).

Por isso Mendes (2011), ao discutir o conceito de redes, pondera que este pode ser entendido como sendo novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade,

intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. As redes trazem consigo elementos comuns: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos, constituindo-se de três elementos fundamentais como: população, estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

Corroborando com o autor supracitado, entendemos que o centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela APS (Unidade de APS ou equipe do PSF). Foi possível verificar que as dificuldades de entender o papel protagônico da APS estão relacionadas às dimensões política, cultural e técnica. Entretanto, há de se reconhecer que a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, voltados prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas, está na base da desvalorização da APS (MENDES, 2011).

4.2 Falta de acompanhamento dos encaminhamentos

Na análise das falas dos profissionais do PSF sobre o monitoramento das solicitações realizadas e encaminhamentos feitos aos usuários para os serviços especializados, identificamos a não existência por parte dos profissionais e da equipe do acompanhamento, conforme observado nos discursos:

Não, a gente não tem essa monitoração. A gente só tem assim: seria os exames simples, né? A gente solicita, tá ali no prontuário a ficha, o paciente retorna com esse exame a gente tem a certeza, mas se não, não é passado pra gente...^(Enf. 2).

Não. A gente só consegue quando o paciente dá o retorno, sabe? Depois que vem, mas quando não vem, quando não consegue marcar, tem a dificuldade a gente não tem o retorno, eles não têm essa comunicação da secretaria com a gente^(Enf. 3).

Não, porque assim a gente encaminha consulta com ortopedista, com fisioterapia, eles vão para a Secretaria e lá na Secretaria que eles vão [pausa...] você tá entendendo? Aí ele volta, se ele fez, ele vai voltar claro, agora se ele não fez a gente não tem como saber^(Enf. 4).

Não! Infelizmente não tem esse retorno não ^(Méd. 2).

A gente fica sabendo se fez ou não, agora acompanhar não ^(Méd. 4).

Não ^(Odont. 3).

Percebe-se nas falas dos trabalhadores a quebra da responsabilização e, concomitantemente, da longitudinalidade da equipe de saúde em detrimento do usuário. Este fato vai de encontro à proposta de reorganização da assistência à saúde proposta pelo PSF, provavelmente pelo desconhecimento das finalidades do SUS, mais especificamente da proposta do PSF por parte dos profissionais.

Segundo Brasil (2006), o que diferencia os Pronto-Atendimentos ou os Centros de Saúde tradicionais é o fator de o Programa de Saúde da Família ser referência a um território. Ou seja, cada Equipe de Saúde da Família atua em um território delimitado, sobre o qual ela tem responsabilidade sanitária, há também uma população que deve ser conhecida e estudada pela Equipe, de modo que a mesma possa planejar e organizar seu trabalho para atender às necessidades de saúde dessa população da melhor maneira possível.

Assim, uma pessoa que mora na comunidade, bem como sua família, sempre deverá ser atendida por uma Equipe de Saúde da Família específica, isso quer dizer, a clientela é sempre adscrita a uma equipe, facilitando desta forma o vínculo entre profissionais e cidadão e a longitudinalidade do cuidado, elementos tão importantes para o sucesso e qualidade do PSF.

De acordo com Baratieri e Marcon (2011), a longitudinalidade do cuidado é o estabelecimento de uma relação terapêutica duradoura entre usuário e profissionais de saúde. De fato é um processo extenso e que demanda um grande período de tempo para ser operacionalizado, dependendo, especialmente da frequência de contato entre ambos.

Segundo o Manual de orientação para sua implementação no SUS (BRASIL (2007, p. 41),

a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de APS tem a

oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde.

Uma equipe que conhece um usuário, sua família, que cuida dele há algum tempo, que tem sua confiança, que conhece o seu problema de saúde, sua gravidade, o modo como vem desenvolvendo, o jeito que o usuário lida com ele, que conhece os hábitos dessa pessoa, suas teimas, suas crenças, suas manias e potencialidades, consegue desenvolver um cuidado com muito mais qualidade, adesão, resolutividade, enfim mais acolhedor.

Foi possível confirmar esses aspectos durante o momento da observação 5,

o profissional médico durante o atendimento a uma criança de 8 meses que apresentava tosse, vômito, febre, caroços no corpo e dispnéia, buscou elementos no prontuário da família do período da solicitação dos exames laboratoriais para avaliar o período da solicitação. Perguntou à mãe da criança se ACS (...) tinha ido na casa dela saber da realização ou não do exame do filho a pedido dele (...). Questiona a mãe a dificuldade de marcação, em seguida chama a enfermeira para discutir que medidas poderiam ser feitas para solucionar o problema daquela criança ^(OBS 5).

Desse modo, Cunha e Giovanella (2011) consideram a longitudinalidade o acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de atenção primária em saúde APS, sendo considerada característica central deste nível assistencial. Nesta perspectiva, Pastor-Sánchez *et al.* (1997) complementam que a longitudinalidade envolve o acompanhamento dos diversos problemas de saúde de um usuário pela mesma equipe de saúde, e necessita manter uma estabilidade pessoal no tempo e espaço na inter-relação profissional/usuário para resolução dos problemas de saúde.

Assim, a longitudinalidade do cuidado, como cada vez mais pesquisas têm demonstrado, é um dos fatores mais importantes para a humanização, eficiência, efetividade e qualidade do cuidado. No entanto, vale destacar, a importância da atuação da equipe multiprofissional, ampliando a possibilidade de resolutividade dos problemas de saúde da população, assim como na promoção da saúde e na prevenção de agravos dos usuários adscritos das áreas de abrangência de uma USF (BARATIERI; MARCON, 2011).

5 PRÁTICAS ACOLHEDORES

Nesta categoria almejamos, a partir das observações, analisar as práticas acolhedoras dos profissionais de saúde durante seus atendimentos para apreendermos os fatos ou características que determinam este processo nas unidades estudadas, verificar como acontece a relação entre o trabalhador de saúde e o usuário, e vice-versa, assim como os processos de humanização da prática assistencial.

Nesta compreensão, mesmo diante de uma situação de insuficiência dos serviços de saúde para responder a qualidade das necessidades e demandas da população, surge o acolhimento, proposto como uma estratégia, objetivando assistência humanizada, resolutiva e de qualidade. Contudo, conforme orienta Davim e Torres (2008), para que esses serviços sejam resolutivos é necessário tomar o usuário como elemento centralizador e justificador do processo assistencial.

5.1 Encontro e desencontros dos usuários e trabalhadores

Aqui, entrelaçados pelos pensamentos de Franco, Bueno e Merhy (2006), consideramos o entendimento sobre o acolhimento como possibilidade de arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço na perspectiva da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos usuários de um estabelecimento de saúde.

Durante as observações das práticas profissionais desenvolvidas nas USF foi possível perceber que elas só dão conta de atender à chamada demanda espontânea na lógica de disponibilizar certo número de fichas, desconsiderando qualquer outro tipo de análise de necessidade, risco, sofrimento, prioridade, dentre outras. Outro aspecto observado foi o acesso das pessoas às ações e serviços realizados pelas USF, onde os usuários têm que se adaptar às exigências dos programas assistenciais do MS, conforme evidenciamos baixo:

M. S. O. S. chegou a USF às 7h da manhã, em companhia do neto de 13 anos que apresenta queixas para pegar ficha para o atendimento médico. M. S. O. S. na organização da ordem do atendimento é a décima usuária para o atendimento do profissional médico. Na sua vez do atendimento, adentra o consultório às 9h e 22 min., o médico, sem cumprimentar e/ou saudar os

usuários, questiona o motivo da consulta. A avó descreve febre e falta de apetite. O profissional levanta-se avalia a garganta e constata a presença de inflamação. Durante o exame físico, toca o celular do profissional, o mesmo interrompe a avaliação física para atender o celular. Com o término da ligação, prescreve uma medicação e libera a criança. Dona M. S. O. S. refere queixas suas de saúde ao profissional, e mesmo orienta a usuária a marcar uma consulta, uma vez que segundo as normas da unidade, a forma de organização das consultas médicas é por marcação, pois existe cota de atendimento por dia. As 9h e 31min. saem do consultório médico, avó e neto (OBS. 5).

Esta conduta não condiz com os preceitos das USF, pois a USF que teria que se organizar para responder da melhor forma as necessidades dos usuários e não os usuários em prol da unidade. É válido salientar que M. S. O. S. só teve acesso para cuidar de sua necessidade através de avaliação de outro profissional da equipe de saúde da USF.

Existem atitudes durante o acolhimento que favorecem a abertura e a disponibilidade para estabelecer a relação, a exemplo de valorizar a presença do outro com um olhar, acomodando o usuário, no alívio dos sofrimentos mais imediatos ou da dor, através da atenção ao acompanhante, conversando sobre a necessidade do seu envolvimento na situação, assim como na transmissão do interesse e da receptividade (MATUMOTO, 1998).

No estudo desenvolvido por Miranda e Miranda (1996), os mesmos descrevem a importância de chamar o usuário pelo nome, cumprimentar, estar atento àquele usuário em especial, realizar atendimento individual, colocando-se à disposição para uma atenção completa e não se ocupando com outras coisas ao mesmo tempo.

O manual de Atenção Primária e Promoção da Saúde (BRASIL, 2011b) sustenta que as unidades de saúde devem possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; acolher os usuários e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; estabelecer mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes.

Um ponto importante na relação usuário-trabalhador é a comunicação, uma vez que ela se estabelece antes mesmo do encontro do trabalhador como usuário, pois a unidade de

saúde como um todo se prepara para esta relação, desde a concepção de sua finalidade. Esta comunicação sustentada pelo seu modelo de assistência e operacionalizada através da estruturação do trabalho, e do ambiente físico onde se realiza os procedimentos, para proceder as ações e serviços que devem responder as necessidades de saúde da população adscrita das áreas de abrangência das USF (MATUMOTO, 1998).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, independente do ponto da rede em que atuem, devem estar disponíveis para ser porta de entrada, no sentido de exercer a tarefa de reconhecer entre os usuários aqueles que, na sua trajetória, ainda têm necessidades de serviços de saúde não atendidas, para esboçar um plano de cuidados abrangente e individualizado, incluindo desenho de fluxos adequados à sua implementação (MATTOS, 2009).

Enfim, o modo como a USF se organiza para atender às necessidades de saúde dos indivíduos e da coletividade possibilita conhecer o que de fato é tomado como necessidade de saúde e, portanto, é alvo de ações e de serviços de modo organizado que lhes permite acolher e responder às necessidades dos usuários. Apesar dessa assertiva, foi observado e sustentado pelos autores supracitados que no encontro trabalhador-usuário certas necessidades ganham ou não a cena, são ou não explicitadas, indagadas, identificadas, e/ou negociada entre o usuário e trabalhador para se chegar a um pacto no qual um conjunto de necessidades venham a ser cuidadas e assumidas como responsabilidade dos dois sujeitos.

5.2 Escuta desqualificada

No setor saúde, em especial na APS, existem alguns princípios importantes que devem orientar o desenvolvimento e a organização do processo de trabalho do PSF. Estes poderão ser transformados em poderosas ferramentas conceituais úteis para analisar e criticar a realidade das unidades de saúde dos municípios. Ao usarmos estes princípios como base para análise crítica no nosso dia a dia, é possível usá-los também como ferramenta de avaliação da qualidade do trabalho das equipes, ou ainda como diretrizes para a transformação e qualificação desse trabalho.

Um desses princípios, como já discutido em outros momentos deste estudo, versa sobre o desenvolvimento das relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a

população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Isso é possível por meio de uma escuta ampla e qualificada, considerando todos os elementos descritos, os quais permitirá potencializar ações que busquem dar respostas às necessidades de saúde da população.

Neste tocante, pudemos observar que,

Na ordem do atendimento, a enfermeira chama pela ordem da ficha. A enfermeira está sentada. A usuária lhe entrega o resultado do exame Papanicolau. A profissional analisa o resultado, agenda o retorno para a nova coleta da citologia oncológica, prescreve um creme vaginal sem fornecer orientação do uso. Entrega o agendamento, o pedido para novo exame e o resultado do exame ^(OBS. 11).

Usuário do sexo masculino aguarda a ordem para consulta médica. Ao ser chamado para atendimento, o médico retorna do banheiro, não cumprimenta o usuário e pergunta: qual a sua queixa? Usuário informa tontura, dor na coluna e ser portador de Diabetes mellitus. O médico sentado, sem examinar o usuário prescreve o exame de Raio X, exames de laboratório e prescreve medicamento para a dor. Entrega as requisições e receita, solicita retornar quando estiver de posse dos resultados dos exames ^(OBS. 17).

Gestante de 20 anos aguarda pela primeira vez para consulta de pré-natal com o médico. Na sua ordem, adentra o consultório, é cumprimentada pelo profissional e questionada pelo motivo da consulta. A usuária informa ter sido agendada pela enfermeira da unidade para avaliação médica de rotina do pré-natal, porém, esse mês apresenta vômito e diarreia. É solicitada a direcionar-se à maca, é feita a avaliação obstétrica. No retorno à mesa, são solicitados exames rotineiros para o período gestacional e a usuária é orientada a agendar retorno para o próximo mês para a enfermeira, se possível, de posse dos resultados dos exames ^(OBS. 18).

Escutar é um ato consciente, voluntário e, acima de tudo, livre. Ao escutarmos estamos respeitando, acolhendo e aceitando o outro, pois a inserção da escuta na assistência demonstra sensibilidade e interesse ao sofrimento da outra parte. Para escutar sensivelmente, reconhecemos a aceitação incondicional do outro, pois, o ouvinte sensível não julga, não mede, não compara. Entretanto, ele compreende sem aderir ou se identificar com as opiniões dos outros (URBANO, 2009; BARBIER, 2002).

Constata-se nas observações das práticas assistenciais dos profissionais que estes não se preocupam em fazer uma avaliação integral dos usuários, uma vez que deixam de questionar de maneira mais específica as possibilidades que podem estar codificadas nas

queixas relatadas pelos usuários durante os atendimentos. Isso demonstra que quando a escuta é desqualificada, as respostas e os resultados também são desqualificados.

No caso da enfermeira, entre ouvir e escutar, a preocupação dela é com o agendamento para novo exame e em prescrever uma medicação (obedecendo ao protocolo), sem analisar se a usuária saberá usar de maneira correta e de forma eficaz.

Nas práticas assistencialistas dos profissionais médicos observados não foi diferente, os mesmos se preocupam apenas em prescrever exames e medicamentos e agendar retorno. Com uma escuta superficial e rápida é possível questionar-se estas práticas e o diálogo: o que os profissionais tomaram como necessidade de saúde? Identificaram a dor e contentaram-se em prescrever um analgésico e solicitar exames?

Escutar significa, num primeiro momento, não ignorar toda queixa ou relato do usuário mesmo as que não dizem respeito diretamente ao diagnóstico e ao tratamento. Mais do que isto, é preciso respeitá-lo e ajudá-lo a reconstruir os motivos que ocasionaram seu adoecimento e as correlações que ele estabelece entre o que sente e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004). Ou seja, perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma (URBANO, 2009).

A escuta qualificada é um componente essencial do acolhimento e da humanização da relação entre profissionais e usuários em diversas situações, que inclui a capacidade de receber e escutar adequadamente o usuário que procura o sistema de saúde ou de identificar gerar respostas às demandas individuais e coletivas (SILVEIRA *et al.* 2008).

O profissional deve escutar a queixa, os medos e as expectativas; identificar riscos e vulnerabilidade, valorizar a avaliação do próprio usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a oferta do serviço, a exemplo do encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida (BRASIL, 2008). Portanto, construir o diálogo faz com que tenha lugar a palavra dos pacientes quanto à escuta dos profissionais, favorecendo ações singulares que promovam a integralidade (URBANO, 2009).

Numa reflexão sobre a importância de uma escuta mais acolhedora e minuciosa nos serviços de saúde, faz-se necessário um atendimento individualizado, com respeito ao outro, em sua vida e em seu contexto. Apesar do reconhecimento de sua importância no cotidiano, evidencia-se pouca preocupação dos trabalhadores, ou muitas vezes estes não percebem a importância em entender algumas características próprias do usuário, que serviriam de elementos balizadores para assistência qualificada (LEITÃO, 1995).

Nesse entendimento, Matumoto (1998) conclui que a escuta vai além de receber mensagens verbais, mas apreendendo o significado daquilo que é falado, armazenando-se os pontos mais importantes e considerando o usuário além de sua queixa. Miranda e Miranda (1996) afirmam que ficar calado, não interromper, evitar distrações externas e internas, suspensão de julgamentos, assim como dar o tempo necessário de entrecorte para desabrochar uma produção do cuidado são atitudes facilitadoras para uma escuta ampla e qualificada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Definir a missão de uma empresa é difícil, doloroso e arriscado, mas é só assim que se conseguem estabelecer políticas, desenvolver estratégias, concentrar recursos e começar a trabalhar. É só assim que uma empresa pode ser administrada, visando um desempenho ótimo.

Peter Drucker

Neste estudo, buscamos analisar as práticas acolhedoras em USF nos municípios de pequeno porte de uma microrregião da Bahia, numa perspectiva de identificar como os profissionais de saúde efetuam suas práticas acolhedoras em USF e como identificar os componentes do processo de trabalho em USF.

Ao analisarmos as práticas acolhedoras desenvolvidas no PSF dos municípios de pequeno porte estudados, foi possível identificarmos como os profissionais de saúde efetuam o acolhimento e como compreendem seus componentes no processo de trabalho.

O resultado deste estudo mostra que o acolhimento é modificado, em detrimento da concepção teórica que os profissionais têm sobre o SUS, que varia entre o conhecimento e o desconhecimento, o que contribui significativamente para o aumento ou redução da oferta ou disponibilidade de ações e serviços de saúde, considerando a resolutividade dos problemas, a formação de vínculo entre os sujeitos – profissional e usuário – e a responsabilização do ato de cuidar, que se espera que seja longitudinal, dimensão essencial do cuidado. Foi possível identificar que uma parcela dos profissionais de saúde ainda vê o SUS como caridade, tendo em vista que muitas ações em saúde são desenvolvidas para populações mais vulneráveis, que só dispõem desse Sistema gratuito para esse atendimento. Deve ficar claro que é prerrogativa do equacionamento do princípio da equidade, ou seja, oferecimento das ações em saúde em caráter universal, mas que considere as desigualdades, o que significa que devemos oferecer mais para quem precisa de mais e oferecer menos para quem precisa de menos.

Nessas unidades, o acesso às ações e serviços de saúde vem se dando a partir do pessoal da recepção para daí avançar para os demais profissionais e serviços.

A organização das ações de saúde aí desenvolvida é feita com base em semana típica ou programas, que resulta numa assistência que valoriza a fragmentação do cuidado e não garante o atendimento aos princípios do SUS.

Para efetivação do processo de trabalho da equipe, identificamos a ausência de vários equipamentos básicos. Em face dessa ocorrência, faz-se necessário efetivar a assistência à saúde com qualidade e resolutividade, sem lançar mão das diversas tecnologias em saúde existentes na atualidade.

Além dessas constatações, verificamos o desconhecimento teórico em relação ao SUS por parte dos profissionais, uma vez que eles atrelam a longitudinalidade e responsabilização do cuidado sobre a ótica da utilização da referência e contrarreferência. Não tem clareza sob a forma de funcionamento, pela sua fragilidade, informalidade, ausência de parâmetros definidos e pouca articulação entre os vários tipos de serviços. Sobre o acompanhamento dos encaminhamentos feitos aos usuários, constata-se a quebra da responsabilização e da longitudinalidade por parte dos profissionais. Tais achados impactam num acolher não visto só sobre a ótica da relação entre sujeitos, mas sim no vínculo que se gera a partir desta relação.

O encontro usuário-trabalhador é pobre e superficial devido à indisponibilidade do trabalhador em estabelecer a relação, uma vez que estes desvalorizam a percepção da presença com um olhar, assim como no acomodamento do usuário. A escuta do usuário também se mostrou pobre e desvalorizada, interferindo nas suas respostas e resultados.

Nas USF's dos municípios pesquisados, fazem-se necessárias mudanças urgentes no fazer saúde, buscando caminhos, que, de forma contundente, lhes possibilite alcançar o alvo e metas definidas de maneira coerente com o foco em questão.

Diante dos achados, torna-se necessário repensar o fazer e o agir no PSF, com o intuito de tornar eficaz o Sistema Único de Saúde. É urgente a modificação da realidade local, utilizando ferramentas do planejamento, programação, educação em saúde, e não somente mediante a realização de procedimentos técnicos. Além disso, precisam buscar meios de sensibilizar os profissionais de saúde, enquanto agentes sociais de mudança, para refletirem sobre aspectos relevantes, dentre os quais sugerimos:

- Rediscutir com as Instituições de Ensino a adequação dos processos de formação dos profissionais da saúde voltados para a perspectiva do SUS;
- Promover ou incentivar cursos de capacitação em “Acolhimento Pedagógico” (Curso Introdutório) para os profissionais do PSF;
- Promover, desenvolver e incentivar ações intersetoriais rumo a práticas mais articuladas com os diversos seguimentos da sociedade em prol de uma atenção integral, assim como integrando projetos e redes de apoio social;

- Promover ou incentivar o uso das ferramentas de planejamento e programação constante como instrumento sustentador de objetivos tanto do gestor municipal de saúde como das USF;
- Promover ou incentivar a avaliação constante das condutas e procedimentos da gestão municipal da saúde e das USF para direcionar as possíveis mudanças em rumo à busca pela efetividade e eficácia do SUS;
- Aproximar e ampliar a relação entre os órgãos responsáveis pela saúde do município: Secretaria Municipal de Saúde e Unidades de Saúde;
- Incentivar a implantação de Conselho Local de Saúde como forma de discutir os caminhos da saúde em uma área mais específica, somado ao incentivo do exercício do controle social;
- Fortalecer o envolvimento da gestão, dos trabalhadores e dos usuários no processo de mudança e fortalecimento do SUS;
- Realizar parcerias entre as instituições de ensino superior e o serviço de saúde, para aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem dos futuros profissionais do SUS, assim como nos processos de educação permanente;
- Realizar programação e implementação das atividades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência;
- Promover e incentivar a realização do acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- Prover e incentivar a atenção integral, contínua e organizada à população adscrita.

Durante a execução deste estudo, ao nos dirigirmos aos campos estudados, tivemos como facilidade a articulação e recepção da gestão do Sistema, haja vista que o referido estudo contribuiria na análise das unidades operativas das ações e serviços de saúde. Entretanto, nos cenários – as USF's – as dificuldades foram muitas, pois os profissionais não se mostravam dispostos a contribuir com a análise das práticas acolhedoras, já que demandava tempo para responder a entrevista, e os mesmos – médicos e odontólogos – nas suas rotinas,

atendiam e iam embora do município, ficando apenas as enfermeiras para cumprir sua carga horária de 40 horas, como preconiza a proposta do PSF.

Como analisamos as práticas acolhedoras das USF's na perspectiva dos profissionais de nível superior, as limitações deste estudo foram a impossibilidade de analisar as práticas acolhedoras dos demais membros das USF's, assim como sua articulação com a gestão do Sistema e a rede assistência dos campos estudados, cabendo, desta forma, novos estudos que viabilizem tais limitações.

6 REFERÊNCIAS

Há dois tipos de pessoas que não interessam a uma boa empresa: as que não fazem o que se manda e as que só fazem o que se manda.

(Henry Ford)

AMORIM, F. F.; FERREIRA JÚNIOR, P. N.; FARIA, E. R.; ALMEIDA, K. J. Q. Avaliação de Tecnologias em Saúde: Contexto Histórico e Perspectivas. **Com. Ciências Saúde**. 2010; 21(4):343-348.

AROUCA, A. S. Novo texto define a base para a implantação da reforma sanitária. **Proposta Jornal da Reforma Sanitária**, n. 13, p. 8, out. 1988.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuições para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, São Paulo, 1975.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor de Regionalização 2008**. Resolução CIB nº 57 de 27 de março de 2008.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**. 2011, vol.15, n.4, pp. 802-810.

BARBIER, R. Escuta sensível na formação de profissionais de saúde. Conferência. **Escola Superior de Ciências da Saúde**. 2002. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>>. Acesso em: 10 de dez. de 2011, 21:30:30.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa – Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal**. 1988. Seção II Da Saúde, Brasília, 1988.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

_____. **Lei 8.142**, de 24 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/Sesus. **Modelos Assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1990c.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisa envolvendo Seres Humanos: (Resolução CNS 196/96 e outros)**. Brasília: MS, 1996a.

_____. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília; 2009. 112p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011** – Brasília: CONASS, 2011c.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CECCIM, R. B.; LAURA C. M. FEUERWERKER, L. C. M.O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(1): 41- 65, 2004.

COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova**. Novembro de 1989. n. 19. p. 123-40.

COSTA, N. R. Transição e Movimentos Sociais. Contribuição ao Debate da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, (2)4: 207-225 abril/junho, 1988.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 120-128, abr./jun. 2008.

CUNHA, E. M., GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do

sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1): 1029-1042, 2011.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. **Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde**. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 37-43, jul./set.2008.

DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e Sociedade**. Duas cidades. São Paulo, SP, 1976.

DUARTE, E. D.; DITZ, E. S.; MADEIRA, L. M.; LOPES, T. C. A utilização da técnica e agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A.(Org.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

ESCOREL, S. Projeto montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada de movimento sanitária. In: FLEURY, S. (Org.) **Projeto Montes Claros: a utopia revisada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S. Saúde e democracia, democracia e saúde. **Saúde Debate**. n. 21, p.51-55, jun. 1988.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. *et al.* (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FALEIROS, V. P. Estado e massas na atual conjuntura. **Sociedade e Estado: revista do Depto.de Sociologia da UnB, Brasília**, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M.; LLANOS C. M.; ALMEIDA, M. **Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.) **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária** – Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. **A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem,** Janeiro 2003. Disponível em: <<http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 30 de nov. de 2011. 22:00:00.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In.: MERHY, E. E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano.** 3ed. - São Paulo: HUCITEC, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 6ª Edição, São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª Edição, São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, R. **Saúde e medicina no Brasil.** Contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HEIMANN, L. S., MENDONÇA, M. H. M. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde de Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA N. T., organizador. **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 481-502.

IBGE - **INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. CEBES. **Saúde em Debate,** n. 47, p. 46-49, 1995.

MARX, K. **O Capital.** 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública.** 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ – ABRASCO, 2009.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, 1998.

MENDES – GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico**. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Medicina Preventiva da USP, 1979.

_____. **A organização tecnológica do trabalho em saúde**. [Tese de Doutorado]. Departamento de Medicina Preventiva da USP, 1986.

_____. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Séries textos).

_____. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. **A Atenção Básica à Saúde na Bahia**. Salvador, Fev. 2002.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2ª edição. Brasília, 2011.

MERHY, E. E.; **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**; São Paulo, Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; ONOKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público** (Orgs). 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. 20ª Edição. Petrópolis- RJ: Vozes, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 10 ed. Belo Horizonte, Crescer, 1996.

NASCIMENTO, A. A. M.; *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm**. 2009. Abr/Jun; 14(2): 346-52.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família a interface da vigilância à saúde versus as ações programáticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003a.

_____. Vigilância à Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003b. p. 161-174.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. [Tese de Doutorado] – Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

_____. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2011. No prelo.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR, 2004.

PASTOR-SÁNCHEZ, R.; MIRAS, A. L.; FERNÁNDEZ, M. P.; CAMACHO, R. G. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países Europeos. *Ver. Española de Salud Pública* 1997; 71: 479-85.

PINTO, H.A.; *et al.* O SUS e os processos de trabalho em saúde. In: **Formação Docente em Educação Profissional Técnica na Área da Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

PIRES, V. M. M. M.; RODRIGUES, V. P.; NASCIMENTO, M. A. A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 out/dez; 18(4): 622-7.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORE, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 399-407, 2007.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RODRIGUES NETO, E. A via do parlamento. In.: FLEURY, S. (Orgs.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 63-91.

_____. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

SANTOS, N. R. Descentralização e municipalização. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., **Anais...** Brasília: Centro de Documentos do Ministério da Saúde, 1987.

SANTOS, N. R. **A reforma sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos.** Rev. Saúde em Debate, nº 81, v.33. 2010.

SILVA JÚNIOR, A.G. **Lógicas de programas ações de saúde.** In: BARBOZA, P. (Org.). **Curso de autogestão em saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2001. v. 4, p. 82-107.

SILVA, A. C. M. A. *et al.* A Estratégia Saúde da Família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.1, p.159-169, 2010.

SILVA, J. M. **Planejamento em saúde no programa saúde da família em Jequié – BA: a dialética entre a teoria e a prática.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana-BA, 2006.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2008; v.42, p. 48-56.

SILVEIRA, R.; *et al.* Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na Atenção Básica em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.; MATTOS, R. A. (Org.) **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

SIMÕES, A. V. **Controle social na estratégia saúde da família: concepções e ações dos usuários e trabalhos de saúde.** [Dissertação de Mestrado]. Mestrado em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2010.

SOLLA, J. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, 2006.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1325-1335, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002. 726p.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. O acolhimento e transformação no processo de trabalho da enfermagem em uma unidade de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 331-340, fev, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Texto elaborado como contribuição aos debates da XI Conferência Nacional de Saúde.** Dez de 2000.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, 2006a.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, 2006b.

TEIXEIRA, C. F. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, 2006c.

TEIXEIRA, C. F. SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, 2006.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. 2ª. ed. Belém: GRAPEL, 2000.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In.: PINHEIR, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; p.89-111.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1994.

URBANO, G. B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranaíba –PR**. [Dissertação de Mestrado]. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

VALA, J. A. Análise de Conteúdo. In: SILVA, A.S. e PINTO, J. M.(Org.). **Metodologia das Ciências Sociais**. Porto: Biblioteca das Ciências do Homem. Edições Afrontamento, p. 101-127, 2000.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. ... [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

VILLELA, W. V.; OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

Notas

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2003.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, 2006.

LEAVELL, R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva.** SP, McGraw-Hill do Brasil, RJ FENAME, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

LEITE, J. C. A.; MAIA, C. C. A.; CHOMPRÉ, R. R. S. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência. In: **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1998 Set 20-25; Salvador, Brasil. Salvador: ABEn; 1998.

MEURER, F.; VIEIRA, G. F. Plano Diretor para Municípios de Pequeno Porte: a experiência do plano diretor regional participativo da AMAVI. In: PPLA 2010: SEMINÁRIO POLÍTICA E PLANEJAMENTO, 2, 2010. Curitiba. **Anais...** Curitiba: Ambiens, 2010. [CD]

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado Senhor(a),

Com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de saúde da comunidade e dos serviços prestados pelos profissionais, pedimos a permissão para a coleta de dados, por meio de questionário semiestruturado, entrevista e observação livre. Os dados serão analisados e poderão ser divulgados em eventos científicos, respeitando os direitos do cidadão previstos nos princípios éticos da pesquisa e garantindo o anonimato. Os dados serão coletados dos gestores e gerentes da saúde do município, profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família e usuários do serviço da ESF. Esta pesquisa poderá servir de parâmetros para uma melhor compreensão das ações da Estratégia de Saúde da Família que vem sendo desenvolvida neste município. A referida pesquisa será desenvolvida por discentes e docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e outros discentes do Departamento de Saúde dessa instituição.

Esperando contar com vossa colaboração, agradecemos vossa atenção desde já colocando-nos a disposição para futuros esclarecimentos. Telefones para contato, caso haja alguma dúvida, são: UESB – (73)3528-9838, Cezar Augusto Casotti – (73)3526-1306.

Sem mais, aproveito para reiterar os meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Cezar Augusto Casotti
 Pesquisado do Projeto

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado e esclarecido sobre as características da pesquisa “A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA”, autorizo a realização de coleta de dados para a pesquisa, reservando-me o direito de desistir da mesma, a qualquer momento.

_____, ____/____/2011

 Nome

 Assinatura

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



ROTEIRO ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DE NÍVEL SUPERIOR

Nº _____

Data ____/____/____

I – PERFIL (formulário)

- 01 – Município ()
 02 – Idade ()
 03 – Gênero: Masculino(1) Feminino(2)
 04 - Reside no município? Sim() Não ().
 05 – Em caso afirmativo, há quanto tempo? _____
 06 - Formação graduação _____
 07 – Pós-graduado: Sim() Não ().
 08 - Formação pós-graduação _____
 09 - Tempo de exercício profissional: _____
 10 - Está há quanto tempo nessa equipe? _____
 11 - Tipo de vínculo: contratado(1) concursado(2) cedido(3)
 12 - Tem feito atualizações/aperfeiçoamento? Sim() Não ()
 13 - Qual? _____
 14 - Onde? _____
 15 - Por iniciativa sua () ou do gestor municipal ()
 16 - Sente necessidade de atualização/capacitação? Sim() Não ()
 17 - Em caso afirmativo, qual a área?

II – CONHECIMENTO ACERCA DO SUS

- 18 - Qual o seu entendimento sobre o SUS?

III – ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- 19 - Você dispõe de todos os equipamentos necessários às suas atividades? Sim () Não ()
 20 - Em caso negativo, o que falta?
 21 - Os materiais de consumo são disponibilizados em quantidade e qualidades satisfatórias? Sim() Não ()
 22 - Em caso negativo, o que falta?
 23 - Como são organizados os prontuários da família?
 24 - Quanto à estrutura física do seu local de trabalho você considera adequado? Sim() Não ()
 25 - Se não, quais as deficiências encontradas?

IV – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

- 26 – Vocês buscam identificar as necessidades de saúde da população da área da ESF? Sim() Não ()
 27 - Em caso afirmativo, como isto é realizado?
 28 - Sua equipe realiza Planejamento em Saúde voltado a realidade local? Sim() Não ()
 29 - Em caso afirmativo, com que frequência?
 30 - Você participa desse planejamento junto com sua equipe? Sim() Não () às vezes ()
 31 - São utilizados os indicadores de saúde como instrumento no planejamento? Sim() Não ()
 32 - Você participa da elaboração do plano municipal de saúde? Sim() Não ()
 33 - Em caso afirmativo, de que forma?
 34 - Existem no município momentos de avaliação das ações da atenção básica? Sim() Não ()
 35 - Você participa desses momentos? Sim() Não ()
 36 - Em caso negativo, por quê?

- 37 - Em caso positivo, como acontece?
- 38 - A equipe monitora as solicitações e encaminhamentos feitos para os serviços especializados? Sim() Não ()
- 39 - Você recebe o retorno dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica? (SIM, SINASC, SINAN, SIAB, HIPERDIA) Sim() Não ()
- 40 - Como é organizada a oferta de serviços da Unidade?
- 41 - Essa oferta dos serviços dá conta de atender a demanda? Sim() Não ()
- 42 - Você considera resolutiva as ações da atenção básica? Sim() Não ()
- 43 - Por quê?
- 44 - A gestão envolve a comunidade no planejamento e acompanhamento das ações de saúde? Sim() Não ()
- 45 - Em caso afirmativo de que forma?

V – PROCESSO DE TRABALHO

- 46 - Com que frequência você participa de reuniões de equipe?
- 47 - Quais ações preventivas são realizadas?
- 48 - De que forma elas são escolhidas e realizadas?
- 49 - Ao chegar na unidade para qualquer atendimento, o usuário procura quem?
- 50 - O usuário que não está agendado é recebido na unidade por quem? Qual a conduta neste caso?
- 51 - Qual a forma utilizada para priorizar o atendimento diário?
- 52 - São garantidos atendimento às pequenas urgências? Sim() Não ()
- 53 - Quantos usuários em média você atende diariamente?
- 54 - Quais atividades você desenvolve no seu trabalho?
- 55 - Tem sido desenvolvidas ações intersetoriais? Sim() Não ()
- 56 - Em caso afirmativo, como tem sido sua experiência nesse processo? Dê exemplos.
- 57 - A equipe desenvolve ações educativas com a comunidade? Sim() Não ()
- 58 - Quais os membros da equipe que realiza?
- 59 - Onde são desenvolvidas as ações educativas?
- 60 - A equipe desenvolve ações permanentes de esclarecimento à população sobre as características da Estratégia Saúde da Família? Sim() Não ()
- 61 - O funcionamento da USF é discutido e decidido junto com a população da área de abrangência? Sim() Não ()
- 62 - Você realiza visita domiciliar? Sim() Não ()
- 63 - Com que frequência?
- 64 - As visitas domiciliares são planejadas? Sim() Não ()
- 65 - Como são escolhidas as famílias a serem visitadas?
- 66 - A territorialização da área de abrangência está atualizada? Sim() Não ()
- 67 - Em caso negativo, por quê?
- 68 - Como é feito o encaminhamento aos serviços de média e alta complexidade?
- 69 - São encontradas dificuldades nesse processo? Sim() Não ()
- 70 - A referência e contra-referência é utilizada? Sim() Não ()
- 71 - Como se dá o agendamento para esses serviços?
- 72 - A Média e Alta Complexidade tem sido resolutiva? Sim() Não ()
- 73 - Por que?
- 74 - São desenvolvidas capacitações voltadas para os trabalhadores da rede municipal? Sim() Não ()

VI – OUTROS

- 75 - No exercício de sua função você encontra dificuldades? Sim () Não ()
- 76 - Quais?

APÊNDICE C – Roteiro para observação sistemática.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Aspectos a serem identificados na observados:

- A relação entre os trabalhadores de saúde da USF e usuário frente as necessidades de saúde;
- **Acolhimento:** acesso, respostas às demandas das USF, organização do processo de trabalho, relação trabalhador de saúde x usuário e usuário x trabalhador de saúde, ofertas de serviços às necessidades demandadas pelos usuários, humanização da prática, entre outros;
- **Vínculo:** relações interpessoais (usuário, trabalhador de saúde e a USF), participação da ESF, usuário/família na solução dos problemas de saúde (compartilhamento de saberes, trocas de informações), reconhecimento de direitos e deveres – autonomia do usuário/família;
- **Resolubilidade:** capacidade de resolver os problemas de saúde;
- **Responsabilidade:** otimização tecnológica, momento de escuta e conversas (relação dialógica), intervenção resolutiva, coparticipação da USF, ESF, usuário/família, pelos problemas de saúde (clínica e sanitária).
- **Longitudinalidade:** caracterização da demanda, sistema de referência e contrarreferência, articulação intersetorial e educação à saúde.

ANEXOS

ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 04 de setembro de 2009

Of. CEP/UESB 265/2009

Ilmo. Sr.
Prof. Cezar Augusto Casotti
Departamento de Saúde – UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **080/2009**

Projeto: **A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA 13^a REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

Pesquisadores: **Prof. Cezar Augusto Casotti (coordenador)**
Lícia Marques Vidal (colaboradora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^{ta}. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de M1

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Jequié, 16 de março de 2011

Para: Secretaria Municipal de Saúde de _____ -BA

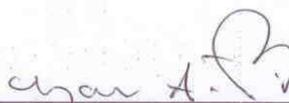
Sou professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde e do curso de Odontologia da UESB.

Tivemos um projeto de pesquisa aprovado na FAPESB que tem como objetivo investigar o processo de trabalho as ações de saúde em municípios de pequeno porte. Previamente ao envio do projeto para o órgão de fomento havíamos solicitado aos secretários de saúde dos municípios que seriam pesquisados um termo de adesão à pesquisa.

Neste sentido estou encaminhando o Mestrando James Melo Silva para que possa estabelecer contatos com o (a) senhor (a), apresentar o projeto de pesquisa e dar início à coleta de dados.

Desde já agradeço sua atenção e disponibilidade em contribuir com a pesquisa e me coloco a disposição para maiores informações no telefone (73) 35289738 ou (73) 91935716.

Atenciosamente


Cezar Augusto Casotti

Recebido em 21/03/11

ANEXO C: Ofício encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de M1

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Jequié, 16 de março de 2011

Para: Secretaria Municipal de Saúde de - BA

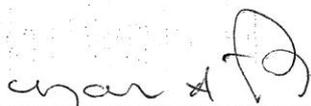
Sou professor do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde e do curso de Odontologia da UESB.

Tivemos um projeto de pesquisa aprovado na FAPESB que tem como objetivo investigar o processo de trabalho as ações de saúde em municípios de pequeno porte. Previamente ao envio do projeto para o órgão de fomento havíamos solicitado aos secretários de saúde dos municípios que seriam pesquisados um termo de adesão à pesquisa.

Neste sentido estou encaminhando o Mestrando James Melo Silva para que possa estabelecer contatos com o (a) senhor (a), apresentar o projeto de pesquisa e dar início à coleta de dados.

Desde já agradeço sua atenção e disponibilidade em contribuir com a pesquisa e me coloco a disposição para maiores informações no telefone (73) 35289738 ou (73) 91935716.

Atenciosamente


Cezar Augusto Casotti

Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho – Jequié-BA
Fone/Fax: (73) 3528-9738 – mestradosaude@gmail.com

04105111

ANEXO D: Tabela 01 – Características sociodemográficas dos municípios, segundo dados obtidos junto ao IBGE e DATASUS. Jequié-BA, 2011.

Critério / indicadores	M(1)	M(2)
Taxa de Urbanização em %**	68,6	65,6
População**	7.459	14.115
População menor de 20 anos em %**	39	36,7
População de 20 a 60 anos em %**	49,6	50,0
População maior de 60 anos em %**	11,4	13,2
IDH (2000)**	0,617	0,619
PIB per capita (2010)**	4.218,57	3.499,35
Média de pessoa por domicílio*	3,4	3,6
% pop residente com rendimento nominal: Até ¼ de salário mínimo**	8,5	8,2
Incidência da Pobreza (%)**	54,7	56,1
Índice de GINI**	0,36	0,39
% da pop analfabeta**	63,3	63,3
% de crianças de 7-14 anos fora da escola*	10,4	21,1
% de domicílios sem abastecimento de água da rede geral*	28,0	41,9
% de domicílios sem ligação à rede pública de esgoto*	38,1	47,3
% de domicílios sem coleta pública de lixo*	28,8	39,7

* dados do SIAB

** dados do IBGE