UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

KAREMME FERREIRA DE OLIVEIRA

O acolhimento nas escritas das equipes de
Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação

RIBEIRÃO PRETO
2016

KAREMME FERREIRA DE OLIVEIRA

O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de
avaliação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cinira Magali Fortuna

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Karemme Ferreira de

O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação. Ribeirão Preto, 2016.

135 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem.

Orientador: Cinira Magali Fortuna.

1. Acolhimento. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Humanização. 4. Avaliação.

Oliveira, Karemme Ferreira de

O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP.
Área de Concentração: Enfermagem,
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Prof. (a) Dr. (a): _____ **Instituição:** _____

Julgamento: _____ **Assinatura:** _____

Aos meus pais, Nilda e Adaiton, aos meus irmãos queridos, Nunila, Pabline e Adaiton Filho, à minha irmã de coração Naya e ao parceiro com que a vida me presenteou, Vinícius. Pela completude da companhia.

AGRADECIMENTOS

À querida professora Cinira, por ser assim, quase indescritível de tão maravilhosa como pessoa e como orientadora. Por estar sempre perto e acessível, pela amizade, parceria e pelo zelo. Estar em sua companhia é aprender a todo o tempo. Agradeço, de coração, a oportunidade.

Aos trabalhadores da Região de Saúde Coração do Departamento Regional de Saúde Araraquara pela colaboração em nos disponibilizar suas escritas para que pudéssemos analisá-las a partir de nossa compreensão. Obrigada pela confiança e oportunidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública e aos trabalhadores da EERP-USP e da Pós-Graduação, imprescindíveis nesse processo de formação.

Aos professores dos Programas de Pós-Graduação da EERP-USP pelos ensinamentos, em especial às professoras Silvia Matumoto, Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves, Silvana Martins Mishima, Maria José Bistafa Pereira e Cinira Magali Fortuna.

Ao Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela oportunidade de participar como bolsista na disciplina “Cuidado Integral em Saúde II”.

Ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Puntel de Almeida e aos colegas pela troca de experiências e conhecimentos.

Aos colegas do grupo de que esta pesquisa fez parte: Cinira Magali Fortuna, Adriana Barbieri Feliciano, Cristiane Ribeiro, Flávio Adriano Borges, Gabriela Alvarez Camacho, Márcia Niituna Ogata, Mônica Vilchez Silva e Priscila Norié de Araujo, pela companhia e pelos aprendizados.

Aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde Alexander Fleming (Simioni), em nome da enfermeira Deise Penha, minha grande amiga e parceira. Pelo apoio à realização do mestrado, “segurando as pontas” nos momentos em que precisei estar ausente.

Às queridas Nunila Oliveira, Fabiana Ribeiro e Débora Santos, por me ajudarem a identificar caminhos em momentos importantes e delicados da pesquisa. Muito obrigada!

À minha mainha Nilda, ao meu pai Adaiton e aos meus irmãos Nunila, Pabline, Adaiton Filho e Naya, pelo transbordar de amor, carinho e cuidado. Por nos darmos tão bem e sermos alicerces uns dos outros. Obrigada por sempre serem colo e companhia. Amo vocês.

Ao meu amor Vinícius, por topa a caminhada ao meu lado, fazendo-nos porto seguro em todos os momentos. Sem você, teria menos graça.

Às minhas queridas amigas Milena Barbosa, Queilene Rosa e Jacqueline Iglesias, pela amizade e parceria de tantos anos.

Aos amigos e amigas que fiz em Ribeirão Preto por compartilharem da caminhada e por me permitir aprender todo dia. Obrigada, Luana Figueiredo, Larissa Nishioka, Cátia Salomão, Deise Penha, Carolina Lima e Yara Gurgel.

[...] É que os limites

as fronteiras

são também caminhos.

E o caminho mais árduo
é o rumo de dentro da gente
que precisa chegar no outro.
O outro é quem nos sustenta
é quem nos faz caminho
é quem nos caminha.
Segue cada um
como caravana de todos
para se juntar num canto da chegada.
Toda porta vai se abrir
toda janela vai espiar
cada chegar desse rumo.
Rumo ungido em singelo
em simples
que se agradece como amém.
Recebe essa simplicidade
que todo chegar encerra
e que espiga de boa nova.
A gente que anda junto
sempre está pronto para acender
uma nova chama de guia.
Deixar a chama nos lumiar
para seguir junto
nas horas de sós.
Vê que seus olhos são meus
e busca um entender em sede
pois os ávidos são sempre fecundos.
Como é infinito o andar juntos
a cantiga junta sempre se afina
pois cada passo o mesmo compasso.
Para quem escuta o canto do junto

se distingue o passarinho pelo olhar

o canto é só artifício de beleza.

A gente lembra da gente

quando nos dão motivo de andar
e reconhece o quanto falta pra chegar.

Se chegar a hora de fazer outro ir
o que se deixa vai com a gente
o olhar de quem fica vai com a gente.

Nosso rumo é mesmo preso ao sol
que precisa estar sempre estendido
para romper as nódoas.

Se nosso andar dispersar
a lição das pontes entre nós
é capaz de novamente nos juntar.

Riso é mais que alegria entre nós
é o remédio que nos faz iguais
num caminho de diferenças.

Célio Pedreira

RESUMO

OLIVEIRA, K. F. **O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação.** 2016. 135f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

No Brasil a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como modelo estruturante do reordenamento da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Alguns dispositivos têm sido pensados e instituídos no formato de programas e políticas de âmbito Federal com intuito de ampliar o acesso e produzir saúde de qualidade. Dentre esses dispositivos está o acolhimento na Política Nacional de Humanização (PNH), o qual compreendemos como potente dispositivo à somar esforços à reorientação do modelo de atenção e como ferramenta que opera em todos os espaços de encontro entre trabalhadores e usuários nos serviços de saúde; e também o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ), com intuito de avaliar os serviços e as ações de saúde que tem sido prestados às pessoas e comunidades. O PMAQ a partir do instrumento Autoavaliação para melhoria do acesso da qualidade da Atenção Básica (AMAQ) sugere como parte do processo auto avaliativo das equipes a construção de Matrizes de Intervenção (MIs). Até o momento nenhum estudo foi encontrado na literatura acerca da análise do acolhimento nas MIs e poucos desenvolveram a análise de experiências em relação ao PMAQ. Nesse contexto, o objetivo desse estudo foi analisar as matrizes de intervenção elaboradas pelas equipes que aderiram ao PMAQ, identificando os problemas e as estratégias relacionados ao acolhimento. Trata-se de um estudo qualitativo, documental e sustentado em alguns conceitos da Análise Institucional (AI). Foram analisadas as MIs construídas pelas equipes dos municípios da Região de Saúde Coração do Departamento Regional de Saúde (DRS) III Araraquara do Estado de São Paulo. Identificamos que as escritas nas MIs são conformadas a partir do endereçamento às próprias equipes, na retroalimentação dos processos autoavaliativos, e aos avaliadores externos do programa, enquanto requisito à certificação. O layout das MIs formatado em “quadro” com caselas também acaba por conformar o seu conteúdo escrito, induzindo a construção de um documento objetivo, pouco problematizado e com raciocínio causa-efeito. O acolhimento foi elencado nas MIs, especificamente, em relação ao atendimento à demanda espontânea. Nessa perspectiva, como dispositivo para interrogar os modos de fazer das equipes, o acolhimento é capturado pela classificação do risco e pelo ordenamento dessa demanda, sem que se questione de fato as práticas de saúde ofertadas e as necessidades de saúde dos usuários. Os problemas e as estratégias elencadas pelas equipes possibilitam restritos repertórios de ação, não congruentes com as complexidades nas quais se deseja intervir. É certo que a Matriz de Intervenção expressa parte do processo autoavaliativo realizado pelas equipes e tem dado conta de algo limitado: a reprodução do instituído. Em suma, as escritas nas MIs parecem expressar o processo de institucionalização da avaliação. Apesar de considerarmos a autoavaliação uma proposta instituinte no PMAQ/AMAQ essa é capturada pelo próprio instrumento por ele proposto, reafirmando o instituído.

Palavras chave: Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Humanização. Avaliação.

ABSTRACT

OLIVEIRA, K.F. **The embracement in the writings of the teams of the Family Health Strategy in assessment context.** 2016. 135f. Dissertation (Master's Degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2016.

In Brazil, the Family Health Strategy (ESF) is presented as a structural model of reorganization of Primary Care (PC) in the Unified Health System (SUS) with a view to the implementation of the Health Care Networks (RAS). Some devices have been designed and introduced in programs and policies of national level aiming to expand access and produce health with quality. Among these devices is the embracement in the National Policy of Humanization (PNH), which we understand as a powerful device to join efforts to reorient the care model and as a tool that operates in every spaces of contact between workers and users in health services; and also the National Program for Improvement of the Access and Quality of Primary Care (PMAQ), designed to evaluate the services and health actions that have been provided to people and communities. The PMAQ, from the self-evaluation instrument to improvement of access of the quality of primary care (AMAQ) suggests as part of the team self-assessment process the construction of Intervention Matrices (IMs). Until the moment has not been found any study in the literature on the analysis of the embracement of IMs and few developed the analysis of experiences in relation to PMAQ. In this context, the aim of this study was to analyze the Intervention Matrices elaborated by teams which joined to the PMAQ, identifying issues and strategies related to the embracement. This is a qualitative study, documented and sustained in some concepts of Institutional Analysis (IA). Were analyzed IMs developed by the teams of the municipalities of the Heart Health Region, Regional Department of Health III, Araraquara, State of São Paulo. Were identified that the writing in the IMs are shaped from the addressing to the teams themselves, in the feedback from self-assessment processes, and to the external evaluators of the program, as a requirement for certification. The layout of the IMs formatted in "framework" with spaces adequate the written content, leading to the construction of an objective document, some questioned and with cause-effect reasoning. The embracement was listed in the IMs, specifically in relation to attendance of spontaneous demand. In this perspective, as a device to interrogate the ways of make of the teams, the embracement is captured by the risk rating and by the management of this demand, without questioning indeed health practices offered and the health needs of the users. The problems and strategies listed by the teams allow restricted repertoires of action, not congruent with the complexities in which they wish to speak. It is true that the Intervention Matrix expressed part of the self-assessment process carried out by the teams and has realized something limited: the reproduction of the instituted. In short, written in IMs seem to express the evaluation of the institutionalization process. Although we consider the self-assessment an instituting proposal in the PMAQ/AMAQ this is captured by the own instrument proposed by himself, reaffirming the established.

Key words: User Embracement. Primary Health Care. Humanization of Assistance. Evaluation.

RESUMEN

OLIVEIRA, K.F. **El acogimiento en los escritos de los equipos de la Estrategia de la Salud de la Familia en un contexto de evaluación.** 2016. 135f. Dissertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2016.

En Brasil, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) se presenta como un modelo estructural de la reorganización de la Atención Primaria (AB) en el Sistema Único de Salud (SUS), con miras a la implementación de las Redes de Atención de Salud (RAS). Algunos dispositivos se han diseñado e introducidos en los programas y políticas a nivel Nacional con el objetivo de ampliar el acceso y producir salud de calidad. Entre estos dispositivos se aloja la Política Nacional de Humanización (PNH), que entendemos como un potente dispositivo para unir esfuerzos para reorientar el modelo de atención y como herramienta que funciona en todas las áreas de contacto entre los trabajadores y usuarios de los servicios de salud; y también el Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ), diseñado para evaluar los servicios y acciones de salud que son ofrecidos a las personas y comunidades. El PMAQ, a partir del instrumento de auto evaluación para mejoría del acceso de la calidad de la atención primaria (AMAQ) sugiere como parte del proceso de auto evaluativo de los equipos la construcción de Matrices de Intervención (MI). Hasta el momento ningún estudio sobre el análisis del acogimiento en las MI he sido encontrado en la literatura y pocos han desarrollado el análisis de las experiencias en relación con PMAQ. En este contexto, el objetivo de este estudio fue analizar las MI's desarrolladas por los equipos que se unieron al PMAQ, identificando los problemas y las estrategias relacionadas al acogimiento. Se trata de un estudio cualitativo, documental y sostenido en algunos conceptos de Análisis Institucional (AI). Fueron analizadas las MI's construidas por los equipos de los municipios de la Región de la Salud Corazón del Departamento Regional de Salud III, Araraquara, Estado de Sao Paulo. Identificamos que las escritas en las MI's son conformadas a partir del enderezamiento a los propios equipos, en la retroalimentación de los procesos auto evaluativos, y a los evaluadores externos del programa, como un requisito para la certificación. El layout de las MI's formateado en cuadros con espacios también resulta por conformar su contenido escrito, lo que lleva a la construcción de un documento objetivo, poco problematizado y con raciocinio causa-efecto. El acogimiento fue puesto en las MI's, específicamente en relación al cumplimiento a la demanda espontánea. En esta perspectiva, como dispositivo para interrogar a las formas de hacer de los equipos, el acogimiento es capturado por la clasificación de riesgo y por el ordenamiento de la demanda, sin cuestionar el facto de las prácticas de salud ofertadas y las necesidades de salud de los usuarios. Los problemas y las estrategias mencionadas por los equipos permiten repertorios restrictos de acción, no congruentes con las complejidades en los que deseen intervenir. Es cierto que la MI expresa parte del proceso auto evaluativo hecho por los equipos y ha conseguido algo limitado: la reproducción del instituido. En resumen, las escritas en las MI's parecen expresar el proceso de institucionalización de la evaluación. Aunque consideramos la autoevaluación una propuesta instituyente en el PMAQ/AMAQ este es capturado por lo propio instrumento por él propuesto, reafirmando el instituido.

Palabras clave: Acogimiento. Atención Primaria de Salud. Humanización de la Atención. Evaluación

LISTA DE QUADROS

Quadro1 – Consolidado da produção de dados nos municípios A, B, C, D, E e F acerca do procedimento de coleta, contato com as equipes, profissional indicado e encaminhamento das MIs.....	47
Quadro 2 – Consolidado da produção de dados nos municípios A, B, C, D, E e F acerca das MIs incluídas e excluídas na pesquisa	47
Quadro 3 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município A	52
Quadro 4 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município B.....	58
Quadro 5 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município C.....	64
Quadro 6 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município D	67
Quadro 7 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município E.....	72
Quadro 8 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município F	78

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AI – Análise Institucional

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMAQ – Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Câncer

CAA/DAB/SAS/MS – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CLS – Conselho Local de Saúde

CO – Centro Obstétrico

DAB – Departamento de Atenção Básica

DF – Distrito Federal

DLP – Doença ou Lesão Preexistente

DM – Diabetes Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DRS III – Departamentos Regionais de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

eCR – equipes de Consultório de Rua

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MI – Matriz de Intervenção

MMG – Mamografia

MRS – Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

MSB – Movimento Sanitário brasileiro

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PA – Pronto Atendimento

PAE – Programa de Aperfeiçoamento de Ensino

PET-Saúde/MS – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PLS – Planejamento Local de Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

PPN – Papanicolau

PPSUS/MS – Programa Pesquisa para o SUS do Ministério da Saúde

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PRÓ-SAÚDE/MS – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB/MS – Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica

PSA – Antígeno Prostático Específico

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RC – Região Coração

RN – Recém-nascido

RCP – Ressuscitação Cardio Pulmonar

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/SP – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar Nacional

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFG – Universidade Federal de Goiás

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO: A PERSPECTIVA DO PESQUISADOR.....	17
2 INTRODUÇÃO	20
2.1 O acolhimento na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.....	20
2.2 O Contexto Sócio-Histórico do SUS e do Acolhimento na Atenção Básica.....	24
2.3 O desenvolvimento de uma cultura de avaliação na Atenção Básica.....	28
3 JUSTIFICATIVA	33
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: UMA APROXIMAÇÃO À ANÁLISE INSTITUCIONAL	35
5 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	39
5.1 Abordagem: Pesquisa qualitativa	39
5.2 Procedimento: Pesquisa documental	40
5.3 Local do estudo.....	42
5.4 Produção dos dados	44
5.5 Análise dos dados	48
5.6 Considerações Éticas	50
6 RESULTADOS	51
6.1 Município A.....	51
6.1.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde	51
6.1.2 Matrizes de Intervenção	52
6.2 Município B.....	57
6.2.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde	57
6.2.2 Matrizes de Intervenção	58
6.3 Município C.....	63
6.3.1 Caracterização do Município e da rede de Assistência à Saúde.....	63
6.3.2 Matrizes de Intervenção	64
6.4 Município D.....	66
6.4.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde	66

6.4.2 Matrizes de Intervenção	67
6.5 Município E.....	70
6.5.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde	70
6.5.2 Matrizes de Intervenção	72
6.6 Município F	77
6.6.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde	77
6.6.2 Matrizes de Intervenção	78
 7 DISCUSSÃO	 79
7.1 Análise Crítica do Documento	80
7.1.1 Análise preliminar: exame e crítica do documento Matriz de Intervenção.....	80
7.2 A Análise do Conteúdo Textual das Matrizes de Intervenção	85
7.2.1 Acolhimento: Os Problemas priorizados pelas equipes nas Matrizes de Intervenção	85
7.2.2 Acolhimento: As Estratégias elencadas pelas equipes nas Matrizes de Intervenção	102
7.2.3 A Concepção do Acolhimento nas Matrizes de Intervenção.....	114
 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 118
 REFERÊNCIAS	 122
 ANEXOS	 133
ANEXO A - Estrutura do instrumento AMAQ - AB. Fonte: AMAQ – AB (2012).	133
ANEXO B - Modelo de Matriz de Intervenção. Fonte: AMAQ – AB (2012).....	134
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	135

1 APRESENTAÇÃO: A PERSPECTIVA DO PESQUISADOR

Com o desenvolvimento desta investigação intitulada “O acolhimento nas escritas das equipes de Estratégia Saúde da Família em um contexto de avaliação”, busco inserir-me na discussão acerca da prática cotidiana, tomando como lócus a Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, proponho analisar as Matrizes de Intervenção (MIs) elaboradas pelas equipes de AB da Região de Saúde Coração do Departamento Regional de Saúde III-Araraquara do Estado de São Paulo, a fim de que, apoiada em conceitos do referencial teórico da Análise Institucional (AI), possa compreender o que estes escritos trazem acerca do acolhimento, elemento potencialmente estruturante da mudança do modelo de atenção e, na atualidade, um dos nós críticos do SUS.

Pesquisar a respeito do SUS e suas complexidades é um desafio e uma escolha. Certa de que os caminhos percorridos até aqui produziram sentidos e significados que os conduziram, tomo a liberdade de contar passagens que julgo relevantes, no sentido de situar o leitor quanto ao lugar de onde falo.

Ingressei na graduação em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás em 2006, contexto de reforma curricular com ênfase na formação voltada para a AB do SUS, fomentada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.

Na graduação, participei de projetos de extensão que tinham como enfoque a garantia do direito à saúde no SUS, fui bolsista do Programa de Direitos Humanos da Faculdade de Direito/ UFG e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/MS). No estágio curricular obrigatório, desenvolvi atividades na Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. Durante a maior parte da graduação, as atividades acima eram desenvolvidas concomitantemente à pesquisa, tendo estudado imunologia básica em laboratório produzindo anticorpos anti *T. cruzi* em coelhos, a partir de método quantitativo.

Após a graduação, em 2011 trabalhei como professora de Escola Técnica de Enfermagem em Goiânia. Em 2012, fui bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB/MS) em Mineiros – GO, no qual desempenhei atividades em um Centro de Saúde tradicional e auxiliei na Coordenação do Programa de Saúde da Mulher. Nessa oportunidade, fiz Especialização em Saúde da Família pela Universidade de Brasília em convênio com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e

ministrei aulas em curso técnico em enfermagem pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC).

Desde 2013, sou concursada como enfermeira na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP, na qual exerci atividades em unidades de Pronto atendimento de urgência e emergência (2013 / 2014) e exerço atividades em uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

Durante a graduação, as atividades de extensão das quais participei carregavam, além do entusiasmo próprio da fase, um forte cunho ideológico em relação ao SUS. Por um tempo, eu me autodenominava por “SUSete”, que seria mais ou menos a “Chacrete do SUS”. Por algumas vezes, fui convidada a falar sobre o SUS em disciplinas e escolas técnicas e sempre o fiz de forma visceral. Esta “fé” na política e no SUS ideal, penso que construída no contato com professores também “SUSetes”, talvez por ideologia ou pela própria reforma curricular, conduziu minhas escolhas em relação ao trabalho na AB, em detrimento de outras possibilidades.

Hoje, continuo “SUSete”, mas com mais possibilidades de fazer críticas e olhar de forma ampliada para a construção desse sistema.

Em 2014, ingressei no mestrado em enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Para a seleção, apresentei o projeto intitulado: “A crise hipertensiva como analisador do processo de trabalho no cuidado às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica de Saúde”, fruto de minhas reflexões no dia a dia do serviço de urgência.

No decorrer do mestrado, fui convidada a integrar o grupo que iniciava a pesquisa sobre Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na AB, coordenado pela orientadora Cinira. Compreendendo que a pós-graduação é também processo em construção; ao perceber sentido nesse novo lugar, passei a desenvolver parte do projeto maior acima referido.

Nesse contexto, propus analisar em documentos produzidos pelas equipes de AB, as temáticas acolhimento, cogestão e apoio institucional. Após o exame de qualificação e reflexão junto à orientadora acerca das importantes considerações da banca, decidimos focar na temática do acolhimento.

Durante o mestrado, foi desafiador o deslocamento que precisei fazer em relação às minhas experiências com a pesquisa, “migrando” de uma abordagem laboratorial e baseada no método quantitativo para a pesquisa qualitativa a partir de conceitos do referencial da Análise Institucional. Esse foi um caminho complexo e de esforços quanto às leituras e ao olhar para o objeto de pesquisa.

Minha cumplicidade com o SUS proveniente de uma forte relação ideológica provocou em mim cegueiras e angústias que dificultaram as análises e que precisaram ser discutidas com a orientadora. Desse modo, pesquisar acerca da temática do acolhimento na AB sob preceitos do referencial teórico da AI tem me fornecido elementos para compreender a construção da sociedade e dos sistemas de saúde enquanto processos, na tentativa de, ao analisá-los, superar a visão maniqueísta à qual tendi durante meu percurso.

Finalizando a apresentação, trago a conformação do trabalho que será aqui apresentado. No capítulo 2, de forma a permitir uma aproximação ao objetivo desta pesquisa, trazemos informações acerca do acolhimento na AB do SUS, do contexto sócio-histórico desse sistema e do desenvolvimento de uma cultura de avaliação na AB. No capítulo 3, justificamos o estudo. Em seguida, já no capítulo 4, realizamos uma aproximação a alguns conceitos do referencial teórico metodológico da Análise Institucional. No quinto capítulo, delineamos o percurso metodológico da investigação, enquanto uma pesquisa documental. No capítulo 6, apresentamos os resultados do estudo, discutidos no capítulo 7. Por fim, no capítulo 8 trazemos a conclusão do trabalho.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O acolhimento na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os planos de intervenção elaborados pelas equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), identificando os problemas levantados e as estratégias relacionadas ao acolhimento. É parte da Pesquisa intitulada “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção” financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) na modalidade de pesquisa para o Programa Pesquisa para o SUS do Ministério da Saúde (PPSUS/MS) (Número 2014/50037-0).

O PPSUS é uma iniciativa de descentralização do fomento à pesquisa, com intuito de que as problemáticas de saúde da população brasileira estejam inseridas nas prioridades dos pesquisadores brasileiros. A cada edição, representantes dos três entes federados participam das Oficinas de Prioridades de Pesquisa para a definição dos eixos e das linhas temáticas prioritárias para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2008).

No Estado de São Paulo, “a análise e avaliação do acolhimento, enquanto diretriz para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Primária à Saúde (APS)”, foi definida como linha temática do eixo “Implementação de Políticas/Programas Prioritários” na edição 2012-2013 do PPSUS, edital que contemplou a pesquisa acima referida e esta enquanto parte (SÃO PAULO, 2012)¹.

A APS foi definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (STARFIELD, 2002). No Brasil, ela deve acontecer o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo longitudinal de atenção.

Apesar da tendência internacional do uso do termo “Atenção Primária à Saúde” (OPAS/OMS, 2007; STARFIELD, 2002), neste estudo optamos por “Atenção Básica” (AB) em conformidade com os documentos oficiais do governo brasileiro (BRASIL, 2010, 2012a, 2013, 2015).

¹ Edital FAPESP/2012 Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde PPSUS – SP FAPESP/SES-SP/MS/CNPq. Disponível em: <http://www.fapesp.br/7134>. Acesso em: 18 Abr. 2016.

Na operacionalização da AB, foi estrategicamente estabelecido que as unidades de saúde devam atuar em um território delimitado de forma a acolher toda a necessidade ou sofrimento, e, a partir de uma rede de serviços e ações, ofertar o leque de modalidades de assistência e tecnologia disponíveis (BRASIL, 2012a).

Enquanto eixo estruturante, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi pensada como

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2016)².

Nela, cada equipe composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde (ACS) devem se responsabilizar pela atenção de 800 a 1000 famílias dentro de uma área adstrita (BRASIL, 2012a).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS, em consulta referente a Janeiro de 2016, em todo o país existem 40.196 equipes de ESF cadastradas, atuando em 5.463 municípios e com estimativa de cobertura populacional de 123.846.683 pessoas, o que corresponde a 63,85% da população do país³.

Contando ser o Brasil um país de enormes dimensões territoriais e de desigualdades, a capilarização da ESF atingiu inegáveis avanços quanto à ampliação do acesso, e, dentre outros, propiciou a redução da taxa de mortalidade infantil (atribuível à redução de mortes por doença diarreica e por infecções respiratórias) e a diminuição nas internações hospitalares evitáveis (PAIM et al., 2012). Apesar dos avanços, a ESF convive com grandes lacunas e entraves, dentre eles a forma com que o usuário tem sido acolhido nos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Devido, talvez, à abrangência do conceito, o acolhimento tem sido apresentado sob diversos aspectos nos documentos oficiais e nos estudos dos pesquisadores brasileiros.

Nas normativas do setor saúde o acolhimento aparece em 2001, a partir do Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH), que acreditava que a qualificação das relações entre trabalhadores e usuários tinha potência para melhorar a qualidade do atendimento hospitalar (BRASIL, 2000). Em 2003, o que era um programa passa a ser abarcado pela então Política Nacional de Humanização (PNH) com objetivo de

²Conceito de ESF segundo o Departamento de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php. Acesso em: 21 Abr. 2016.

³De acordo com Departamento de AB do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 22 Abr. 2016.

garantir a efetivação do SUS, por meio da mudança dos modos de fazer, dos modelos de atenção e da gestão da saúde (BRASIL, 2006). Compreendendo por humanização “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2006, p. 8).

Para a implementação da PNH uma das apostas foi no acolhimento enquanto diretriz e dispositivo. Compreendendo por diretriz as orientações gerais da política e por dispositivo os arranjos de elementos materiais ou não, que fazem funcionar, catalisar ou potencializar um processo (BRASIL, 2006).

Para a PNH, o acolhimento pressupõe mudanças da relação entre profissional e usuário, de forma que ambos sejam ativos nos processos de produção de saúde. É um modo de operar que se responsabiliza a atender a todos que buscam pelos serviços de saúde, a partir da qualificação da escuta, da construção de vínculo, e da capacidade de resposta do serviço às pactuações realizadas entre as demandas e ofertas produzidas entre os sujeitos, inclusive daquilo que o serviço não pode responder de imediato, mas que se compromete no direcionamento ético, resolutivo e seguro do acesso do usuário em relação a outros pontos de atenção de que necessite para a continuidade da assistência (BRASIL, 2006).

O acolhimento deve ainda se constituir como essencial na produção de cuidado a saúde à medida que propõe a problematização do trabalho, a valorização e a abertura para o coletivo, o acolhimento dos profissionais em suas dificuldades, e a valorização do desejo e especificidades dos usuários (BRASIL, 2008).

A PNH somou ao escopo do acolhimento em saúde a classificação do risco. Avaliar o risco e as vulnerabilidades implica em estar atento ao grau de sofrimento das pessoas e indicá-lo como critério na priorização do atendimento. Compreendendo o sofrimento a partir da complexidade inerente aos indivíduos, não o restringindo às questões biológicas (BRASIL, 2010).

Fortuna (2016), na análise dos textos de Merhy (2002) e Franco (1999), afirma que as primeiras publicações acerca do acolhimento abordavam-no enquanto tecnologia leve e relacional e acerca da ampliação do acesso, não o vinculando com a ideia de classificação de risco, conforme implementado pela PNH.

Neste estudo, tomaremos o acolhimento como potente dispositivo para a mudança dos processos de trabalho em saúde, capaz de interrogar o modelo médico hegemônico. Trata-se, ainda, de um modo de fazer em que a equipe de saúde deva se comprometer com todo usuário que chega ao serviço de saúde, e que, por meio do diálogo, do respeito ao humano e à vida,

responsabilizar-se pela resolutividade da atenção e a continuidade segura do cuidado, a acontecer na própria unidade e/ou na articulação com outros pontos de atenção.

Apesar de a discussão acerca do acolhimento ter ganhado destaque na década de 1990 e se tornado, em 2004, uma das diretrizes de maior relevância para a operacionalização do SUS por meio da PNH, no cotidiano dos serviços, as ações têm traduzido a distância entre o discurso e a prática. Assim, por um lado, o acolhimento como dispositivo é reconhecido em sua potencialidade de reorganizar os processos de trabalho e humanizar o cuidado, e, por outro, ainda tem se resumido a atitudes de bondade e favor, a acontecer nos espaços das recepções e salas de triagem das unidades de saúde (FORTUNA, 2016; GARUZI, et al., 2014; RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2013; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; BRASIL, 2008).

Essas reduções, conceitual e prática, são reveladas em ações pontuais, isoladas, descomprometidas, permeadas pela anestesiação da escuta e pela produção da indiferença e do afastamento perante o sofrimento do outro (BRASIL, 2008). Dentre as consequências, está a produção do adoecimento das relações que se propuseram, enquanto normativa, a serem de cuidado.

Tais relações, devido ao fato de a saúde ser uma prática social, acontecem no encontro entre os usuários, trabalhadores e gestores, e são também relações de poder, relações de afeto, relações políticas, econômicas, culturais etc. (FORTUNA, 2016), e, invariavelmente, expressam-se na produção do acolhimento.

Dessa maneira, por ser, primeiramente, uma prática relacional, as formas de acolhimento no cotidiano dos serviços não se constituem como inertes e/ou descontextualizadas, são, em primeiro lugar, resultantes dos processos dinâmicos de construção social e, portanto, importantes em sua essência, quando a análise se procede segundo a conformação de forças que facilitam ou dificultam tais processos (BAREMBLITT, 2012).

Para a AI, essas forças são conformadas na sociedade a partir das lógicas, abstratas e materiais, das instituições, como, por exemplo, a instituição saúde. Tais lógicas ditam-lhe regras de funcionamento e de regulação e, ainda, materializam-se nas relações entre as pessoas no cotidiano do serviço como resultantes das disputas entre as forças que tendem à sua manutenção (instituídas) e as que tendem à sua transformação (instituintes) (BAREMBLITT, 2012; FORTUNA et al., 2014).

Cabe ressaltar que a instituição saúde “se atualiza, se produz e se reproduz” materializada nos serviços de saúde na relação entre os sujeitos que atuam nas “organizações,

por exemplo, o Ministério da Saúde, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, de seus estabelecimentos (as unidades de saúde) e equipamentos (os aparelhos, instrumentos)” (FORTUNA, 2016, p. 18).

Nesse sentido constata-se que a instituição saúde, assim como as práticas/concepções de acolhimento, são construções sociais e históricas. Desse modo, optamos, aqui, por contextualizá-las, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas enunciar alguns marcos importantes para a compreensão do contexto atual em que se inserem.

2.2 O Contexto Sócio-Histórico do SUS e do Acolhimento na Atenção Básica

A necessidade de lutar pelo direito à saúde, assim como por outras questões sociais é conformada no contexto de ascensão do capitalismo, quando a caridade da igreja e das pessoas não conseguia mais remediar a pobreza e seus desdobramentos (PAIM, 2013).

Com a industrialização, a crescente classe operária começa a pressionar por direitos, dentre eles o de saúde, que passa a ser abarcado pelo regime previdenciário que os regia. Nesse cenário, produziam-se dois grupos: os assistidos (uma pequena parcela de pessoas que podiam pagar pelos serviços de saúde e os trabalhadores que tinham carteira assinada) e os indigentes. A esses últimos (desempregados, autônomos ou externos ao mercado de trabalho), eram ofertadas ações de saúde preventivas, limitadas à aplicação de vacinas em campanhas, e assistenciais por meio da filantropia, exercida nas Santas Casas de Misericórdia (FINKELMAN, 2002).

Nesse contexto, a saúde era compreendida como ausência de doença, portanto a atenção se dava com o intuito de (r)estabelecê-la. As medidas preventivas, compulsórias, eram para evitar que as “pestes” influenciassem nas trocas comerciais. Nas Santas Casas, o serviço voluntário dos agentes da saúde fazia com que, no âmbito das relações, a assistência fosse uma prática de caridade, bondade e favor.

Os planos desenvolvimentistas adotados pelos governos após a ditadura militar de 1964, somados às estratégias de “privatizações da saúde, previdência e educação” e o “milagre econômico” atingido na época, confrontavam-se com o aumento das desigualdades em consequência do agravamento da pobreza em razão das iniquidades sociais (SANTOS; PIOVEZAN, 2013 p. 157-158). As privatizações e os investimentos em complexos

hospitalares, conforme os modelos estrangeiros ditavam regra, faziam com que as pessoas carecessem de cuidados básicos no âmbito da saúde.

Nessa conjuntura, a democratização da saúde passa a ser pauta do Movimento Sanitário brasileiro (MSB) quando, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde marca a história enquanto mobilização social pela reivindicação do rompimento da medicina curativista e excludente para um novo modelo de saúde, público e universal (PAIM, 2007). Foram as pressões do MSB que garantiram a aprovação do texto Constitucional em 1988, quando a saúde, no capítulo da Seguridade Social, passa a ser direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado.

Em 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a considerar a saúde enquanto resultante das condições de vida (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte e lazer) e da expressão da organização social e econômica do país. A partir de então, as ações de assistência, promoção de saúde e prevenção de agravos deveriam ser pautadas segundo os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência, descentralização, participação da comunidade e resolutividade (BRASIL, 1990).

Diante da complexidade das mudanças jurídicas, políticas e ideológicas, a partir da Constituição Federal de 1988, não é de se estranhar a complexidade dos desafios para implementá-las.

Faz-se importante pontuar que o SUS não foi instituído de forma pacífica e voluntária. Conforme Paim (2013, p. 1930-1931), “a redemocratização iniciada em 1985 foi marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes que disputavam uma resposta do Estado à dívida social acumulada durante o autoritarismo”. O autor explica, ainda, que, para a cúpula governista, “os novos direitos sociais eram considerados inimigos da governabilidade” e que “desencorajariam a produção, afastaria capitais e, sendo adversos à iniciativa privada, terminariam por induzir ao ócio e à improdutividade”.

A constituição que provocou profundas alterações no arcabouço jurídico-institucional acerca do papel do Estado tinha como tarefa, então, configurar transformações na relação entre as pessoas no cotidiano dos serviços e entre as esferas de governo.

Para a instrumentalização do texto constitucional, foram elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde nº 8080, sobre a regulação das ações e serviços de saúde, e nº 8142, que dispõe sobre o controle social (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Entre 1988 e 1992 o Governo Federal se omitiu em relação à coordenação do processo de descentralização das políticas de saúde (FAGNANI, 2005) e, apesar das pressões dos setores organizados comprometidos com o MRS e com a constituição de 1988, os planos econômicos e políticos provocaram retrocessos no que diz respeito aos direitos de cidadania (PAIM, 2013).

Na década de 1990, o Governo Federal assume tarefas em relação ao SUS. Com o intuito de ampliar o acesso aos serviços, em 1994 lança o Programa de Saúde da Família (PSF), que, posteriormente, instituiu-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) por considerá-lo como uma estratégia a ser consolidada. Nesse sentido, a ESF tem como empreitada a reorganização da AB para a ampliação do acesso, da resolutividade e do impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012a).

Nos primeiros anos do SUS, foram notáveis os avanços da ESF em relação à ampliação do acesso por meio da capilarização dos serviços de saúde conforme orientação dos princípios da regionalização e descentralização, porém esses princípios passam a conviver de forma contraditória com a fragmentação dos processos de trabalho das equipes e com a fragilidade dos profissionais em lidar com a dimensão subjetiva dos usuários.

Trata-se de uma fragilidade resultante, também, da formação em saúde, que, desde sua institucionalização, tem se baseado em preceitos norte-americanos, mais especificamente no Relatório Flexner, o qual, por mais que tenha contribuído para a segurança de procedimentos médicos (ALMEIDA FILHO, 2013), tem abordado o cuidado à saúde de forma biologicista, fragmentada, curativista e reducionista e, portanto, carece ser repensado enquanto estratégia de formação, por dificultar os avanços em direção à consolidação do SUS e o alcance da integralidade do cuidado.

Nesse sentido, com o intuito de avançar na consolidação do SUS, alguns dispositivos/ferramentas/tecnologias/ têm sido instituídos com a finalidade de repensar as lógicas da instituição saúde e garantir à população, além do acesso (que precisa se ampliar ainda mais), saúde de qualidade.

A PNH é um desses dispositivos e reconhece em seu texto base as problemáticas históricas que precisa enfrentar, com destaque às fragmentações da rede assistencial, dos processos de trabalho, das relações entre os sujeitos (usuários e trabalhadores). Reconhece, também, a burocratização e a verticalização do sistema de saúde, o baixo investimento na formação e qualificação dos trabalhadores, ainda distante dos debates e formulação de políticas públicas, o modelo de atenção centrado na relação “queixa-conduta” e, ainda, a fragilidade do controle social (BRASIL, 2006).

A referida política prevê que, para a qualificação do SUS, tem-se a necessidade de que se "ultrapasse as fronteiras, muitas vezes rígidas dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção de saúde" (BRASIL, 2004, p. 2) e, dessa forma, a "humanização" passa a ser entendida como dimensão fundamental a se constituir como vertente orgânica, e a PNH como política transversal do SUS. Concordamos com Campos (2005 p. 399) quando argumenta que “não há como haver projeto de humanização sem que se leve em conta o tema da democratização das relações interpessoais e, em decorrência, da democracia em instituições”, considerando por relações desumanas as em que “há um grande desequilíbrio de poder e o lado poderoso se aproveita dessa vantagem para desconsiderar interesses e desejos do outro, reduzindo-o a situação de objeto que poderia ser manipulado em função e desejos dominantes”.

Para a PNH, o acolhimento em saúde, ao se incumbir da tarefa da escuta qualificada das queixas e angústias dos usuários e da garantia de resolutividade e continuidade segura da atenção (BRASIL, 2006), tem, também, potencial para o redirecionamento das práticas no sentido de questionar o modelo médico centrado instituído.

Sobre a concretude das premissas da PNH, Campos (2005) faz reflexões, chamando atenção para a necessidade de que as diretrizes e os princípios das políticas sejam examinados de maneira a levá-los à prática. Fala sobre a importância das políticas enquanto produtoras de "novas utopias", mas, também, da necessidade de que consigam interferir na realidade, lidando de maneira complexa, com a complexidade do contexto.

Dessa forma, em conformidade com as iniciativas propostas pela PNH, em 2012, o MS lança mão da Estratégia de Avaliação PMAQ, com o intuito de incentivar gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias para qualificar, acompanhar e avaliar o trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2012b).

Apesar de a estratégia de avaliação ser recente ao SUS, o conteúdo da avaliação que cabe às equipes de saúde (perfil da equipe, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde e participação, controle social e satisfação do usuário) remete ao campo histórico de lutas, disputas de poder, avanços, retrocessos, entraves, desafios e possibilidades que retratam o longo trajeto que tem sido percorrido pelos sujeitos no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2012b).

Considerando que nesta pesquisa o acolhimento será analisado a partir de documentos produzidos no recente contexto de avaliação da AB induzida pelo PMAQ, cabe, aqui, entender como esses processos avaliativos têm ocorrido.

2.3 O desenvolvimento de uma cultura de avaliação na Atenção Básica

O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS/MS), vem desenvolvendo ações no sentido de institucionalizar a avaliação como um componente de gestão em saúde. Uma dessas ações é a execução da gestão pública a partir da indução, do monitoramento e da avaliação de processos e resultados mensuráveis, por meio do PMAQ.

Para o PMAQ, compreende-se por qualidade

o grau de atendimento a padrões [...] estabelecidos perante as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores (BRASIL, 2012c, p. 22).

O programa ainda tem como propósito ofertar suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS, subsidiar a reorientação das práticas no cotidiano dos serviços, analisar os impactos das ações implementadas e avaliar acerca da construção de outras (BRASIL, 2012b). Tais atribuições aproximam-no das características do modelo de gestão por resultados (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012).

Segundo Alencar, Pereira e Ramos (2012), o modelo de gestão por resultados é adequado aos sistemas de saúde por ter aplicabilidade para a mensuração da qualidade dos serviços, das ações e dos processos de trabalho das equipes. Trata-se de uma metodologia que alinha os elementos de avaliação (planejamento, ação e controle), com intuito de tornar os serviços mais eficientes (que alcancem maiores resultados com menor uso de recursos) e eficazes (que as normas sejam apropriadas, respeitadas pelas equipes e que se utilizem tecnologias apropriadas para o alcance das metas e dos objetivos).

Esse modelo de gestão, ao considerar os conceitos de eficiência e efetividade para o alcance dos resultados, concorda com a PNH, que também afirma que a resolubilidade da atenção diz respeito à combinação desses dois adjetivos (BRASIL, 2004).

Para Hilário (2009, p.7), conforme também citado por Piancastelli (2015, p. 35), a ênfase desse instrumento de gestão “é colocar os fins acima dos meios, é superar obstáculos processuais para garantir o alcance dos objetivos”. A fim de motivar a melhoria do desempenho, uma das estratégias de gestão tem sido o estímulo a políticas indutoras, as quais

oferecem uma recompensa financeira de acordo com o desempenho atingido (ALENCAR, PEREIRA E RAMOS, 2012).

Cabe ressaltar que a avaliação na saúde não se restringe aos aspectos fisiológicos e patológicos sob o olhar do funcionamento biológico do corpo. Compreende, também, a complexidade inerente no entrelaçamento de uma rede relacional imbricada no cuidado singular, a cada indivíduo. Nesse sentido, para que tenham potência como instrumento de melhoria da qualidade da assistência prestada ao indivíduo, os processos avaliativos precisam estar adaptados ao contexto de sua execução e comprometidos com os princípios do SUS, a partir de uma perspectiva participativa em que o coletivo possa construir aprendizado baseando-se na problematização das situações cotidianas dos serviços (SARTI et al., 2008).

Desse modo, o PMAQ se insere em um contexto de comprometimento dos entes federados com a melhoria do acesso e da qualidade do SUS e estímulo à efetiva mudança do modelo de atenção. Conforme uma de suas diretrizes específica, “todo o desenho do PMAQ considera a necessidade de se reconhecer a qualidade da AB produzida e ofertada à população, com o objetivo de introduzir a mudança no processo de trabalho e, consequentemente, o impacto causado por esta para os usuários e os trabalhadores” (BRASIL, 2012c, p. 12). O que também converge com o que se busca com o acolhimento.

O programa foi instituído pela Portaria nº 1654 GM/SM, de 19 de Julho de 2011, decorrente de um processo de pactuação entre as três esferas de governo. Suas demais diretrizes (BRASIL, 2012c, p. 10-12) afirmam que ele deve:

- I. Possuir parâmetro de comparação entre as Equipes considerando as diferentes realidades de saúde [...];
- II. Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes [...];
- III. Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade [...];
- IV. Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários em um processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica [...];
- V. Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados [...];
- VI. Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários [...];
- VII. Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes quanto dos gestores do SUS, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos [...].

E, de acordo com seus objetivos (BRASIL, 2012c, p. 8-10), pretende:

- I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;
- II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

São previstas quatro fases no processo de implementação do PMAQ: 1. Adesão e contratualização: quando, de forma voluntária, o gestor municipal manifesta interesse, formalizado na sequência por meio da contratualização de compromissos e indicadores pelas equipes; 2. Desenvolvimento: para essa etapa, estabeleceu-se o “Eixo Transversal de Desenvolvimento do PMAQ”, em que em todas suas fases deve ser organizadas nas dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente, apoio institucional e Cooperação Horizontal; 3. Avaliação externa: nessa etapa, conduzida por instituições de ensino/pesquisa contratadas pelo MS, propõe-se, a partir das práticas nos serviços, avaliar as condições de acesso e qualidade ofertadas; e 4. Recontratualização: na qual, em um processo de retroalimentação, as equipes repactuam novos compromissos e indicadores (BRASIL, 2012b).

As equipes são certificadas de acordo com os resultados apresentados, tendo como parâmetro os indicadores e compromissos pactuados, a implementação dos processos autoavaliativos e a avaliação externa. Baseado nesse processo, elas são classificadas em categorias (insatisfatória, regular, boa e ótima) e se define o valor do repasse financeiro (BRASIL, 2012b).

Nesta pesquisa, ater-nos-emos, particularmente, aos momentos autoavaliativos das equipes de saúde.

Para a instrumentalização da autoavaliação conforme os objetivos traçados pelo PMAQ, desenvolveu-se o instrumento denominado “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica” (AMAQ). Trata-se de uma ferramenta composta por um conjunto de padrões/declarações acerca da qualidade esperada quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da AB (BRASIL, 2012c).

O AMAQ está organizado com base em duas unidades de análise: gestão e equipe. Essas unidades agrupam padrões de acordo com as práticas e competências desenvolvidas pelos profissionais da AB, compondo quatro dimensões de análise: gestão municipal; gestão básica de saúde; unidades básicas de saúde; e perfil, processo de trabalho e atenção integral à saúde. Essas dimensões, por sua vez, desdobram-se em 13 subdimensões que correspondem ao que se espera em termos de qualidade para a AB (ANEXO 1) (BRASIL, 2012c).

O padrão corresponde à declaração da qualidade esperada que, na perspectiva do instrumento, tem sentido afirmativo ou positivo e expressa as expectativas e os desejos a serem alcançados (BRASIL, 2012c).

O método sugerido permite avaliar o grau de adequação das práticas das equipes em relação aos padrões apresentados no instrumento AMAQ. Uma escala de avaliação é atribuída a cada padrão, que é avaliado de forma absoluta. A escala varia de 0 (zero), que indica não cumprimento ao padrão, a 10, que é a total adequação ao padrão. Os graus de 0 a 10 indicam a conformidade em relação à qualidade esperada. A avaliação é realizada pela própria equipe, o que configura em um processo de autoavaliação (BRASIL, 2012c).

Por sua vez, a autoavaliação considera que os processos orientados para a melhoria da atenção devem iniciar pelo reconhecimento das dimensões positivas e das problemáticas do trabalho, e, ainda, estimular que a equipe pense formas para superar os problemas e alcançar os objetivos pactuados. Para isso, deve ser orientado por método participativo, indutor da criatividade e que considere a pluralidade dos atores envolvidos, visando a construir espaços de reflexão e construção do pensamento (BRASIL, 2012c).

A partir da discussão dos problemas identificados e considerados como prioritários na autoavaliação, é sugerida pelo MS a elaboração de planos de ação. Para o AMAQ, esse plano é denominado Matriz de Intervenção (MI).

O modelo de Matriz sugerido é estruturado em: descrição do padrão, descrição da situação problema para o alcance do padrão, objetivo/meta, estratégias para alcançar os objetivos/metabol, atividades a serem desenvolvidas (detalhamento da execução), recursos necessários para o desenvolvimento das atividades, resultados esperados, responsáveis, prazos

e mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados (ANEXO 2) (BRASIL, 2012c).

O instrumento entende que todos os profissionais envolvidos nos processos autoavaliativos são corresponsáveis pela qualificação do SUS, e deste modo aposta que a matriz de intervenção possa se constituir como ferramenta com potencial pedagógico e de caráter reflexivo e problematizador, a ser elencado pelo coletivo da equipe, sempre que julgado pertinente, exigindo-se que haja um continuum entre o planejamento, a execução e a avaliação das atividades propostas (BRASIL, 2012c).

Os problemas e estratégias elencados nas MIs construídas pelas equipes foram os componentes analisados nesta pesquisa.

3 JUSTIFICATIVA

A ESF, assim como o PMAQ e o acolhimento na PNH, são dispositivos que têm sido pensados e instituídos enquanto programas e políticas de âmbito Federal, no intuito de produzirem acesso a serviços e ações de saúde de qualidade.

A ESF é operacionalizada na relação entre os trabalhadores das unidades de saúde e as pessoas que vivem no território de abrangência dessas unidades. Devido ao fato de o acolhimento estar presente, invariavelmente, em todas as relações estabelecidas entre todo profissional e todo usuário, a forma com que ele acontece e o que é pactuado entre esses sujeitos determinam o direcionamento do cuidado.

É justamente devido à sua capacidade de (re)direcionar o cuidado que se tem como aposta que o acolhimento possui potência e possa questionar as práticas hegemonicamente instituídas (fragmentadas, centradas na figura do médico, e no cuidado biológico e curativo), contribuindo, assim, na produção de novas práticas que caminhem no sentido da qualificação do cuidado (integral e pautado na valorização dos sujeitos) (BRASIL, 2006, 2008).

Para somar ao projeto de reorientação das práticas, o PMAQ orienta que as equipes de saúde se autoavaliem, reconheçam o que é produzido e ofertado à população em termos de saúde, identifiquem os problemas, e planejem ações que possam impactar positivamente a vida das pessoas, pretendendo, assim, institucionalizar a avaliação como componente de gestão em saúde.

Para a problematização e o planejamento das ações, o PMAQ sugere, a partir do instrumento AMAQ, a construção de Matrizes de Intervenção (MIs). Nessas MIs, as equipes expõem o que identificam como problema e as estratégias com as quais pretendem intervir nesse problema.

A compreensão e a identificação do que seja problema estão intimamente relacionadas com o modelo de atenção à saúde, visto que, enquanto sujeitos sociais e históricos, esses trabalhadores acabam por conformar sua prática de acordo com o que concebem por saúde e doença, seus valores, sua posição política, ideológica dentre outros.

Desse modo, a compreensão acerca do que as equipes de saúde têm elegido enquanto problemas e estratégias nas MIs em relação ao acolhimento é uma maneira de identificar até que ponto os dispositivos instituídos (ESF, PMAQ, acolhimento na PNH) têm contribuído para a mudança e a transformação da organização dos serviços, das práticas e dos modos de fazer; ou se para a manutenção do que se pretende transpor.

Sobre a produção científica que relaciona o acolhimento ao contexto avaliativo do PMAQ, nenhum artigo foi encontrado na busca realizada na base de dados Medline a partir dos descritores “Health Evaluation” e “User Embracement”. Traduzidos para o português “Avaliação em Saúde” e “Acolhimento”; e somados ao descritor “Estratégia Saúde da Família” na Biblioteca Virtual em Saúde, foram encontrados 12 artigos disponíveis, completos e dos últimos 5 anos. Na leitura dos resumos, dois artigos foram selecionados.

Ambos os estudos produzem os dados a serem analisados a partir de componentes do Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de AB do PMAQ (ALVES, et al., 2014; FELISBERTO, et al., 2013). O acolhimento foi valorizado pelos trabalhadores como prática da rotina do trabalho (FELISBERTO, et al., 2013). Alves et al. (2014) elegeram o acolhimento como uma dimensão para a análise do acesso, e encontraram que a existência de condições estruturais, como sala específica, protocolos e capacitação profissional, implica melhor capacidade acolhedora. E a avaliação participativa foi considerada como potente para o aprimoramento dos serviços (FELISBERTO, et al., 2013).

Os problemas identificados e priorizados pelas equipes nas matrizes de intervenção, assim como as estratégias para intervir nesses problemas, não foram analisados por nenhum estudo até o momento, nem em relação ao acolhimento, e nem a partir de conceitos da AI.

Neste estudo, pretendemos responder as seguintes questões: Quais são os problemas identificados e priorizados pelas equipes nas MIs? Quais são as estratégias eleitas para intervir nesses problemas? Como desdobramento, também buscaremos encontrar pistas sobre: a construção das MIs tem contribuído para o redirecionamento das práticas? Qual a concepção de acolhimento das equipes a partir das MIs? Qual é a percepção de problema das equipes? As estratégias eleitas para intervir nos problemas caminham na direção de quais modelos de atenção?

Diante disso o objetivo desse estudo consiste em analisar as Matrizes de Intervenção elaboradas pelas equipes que aderiram ao PMAQ, identificando os problemas e as estratégias relacionados ao acolhimento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: UMA APROXIMAÇÃO À ANÁLISE INSTITUCIONAL

Nesta investigação nos aproximamos de conceitos do referencial teórico da Análise Institucional (AI), tendo em vista que esse referencial contribuiu no embasamento da PNH e do PMAQ, normativas que abarcam o escopo deste estudo, e, ainda, por considerarmos o referencial como congruente e potente para analisar de forma crítica o acolhimento.

O Movimento Institucionalista teve início na França nas décadas de 1960 e 1970, “no Brasil, concepções do movimento institucionalista vem sendo aplicadas em pesquisas na saúde coletiva” (FORTUNA, 2014, p. 256).

Entende-se como “movimento” por se tratar de um conjunto de escolas e disciplinas que, em suas várias abordagens, compartilham o objetivo de apoiar e propiciar processos de autoanálise e de autogestão nas comunidades. A AI compreende saberes e fazeres que tomam os coletivos sociais enquanto objeto, interessando-se em afinar o olhar para as lógicas que os regem, as formas com que essas lógicas se materializam, o que perseguem enquanto finalidade e os recursos empregados para alcançar essas finalidades (BAREMBLITT, 2012).

Para o institucionalismo, a sociedade é formada por uma rede de instituições que se interpenetram. Essas instituições são lógicas abstratas, mas também materiais, que acabam por traduzir e regular a vida humana, atribuindo-lhe valor e difundindo o que deve e o que não deve ser, ou o que é indiferente. Elas ocupam, ao mesmo tempo, o lugar de manutenção do existente (instituído), de sua transformação (instituinte) e, ainda, do momento em que o instituinte é integrado pela instituição, tornado-se instituído (processo de institucionalização) (BAREMBLITT, 2012; FORTUNA et al., 2014).

É característico do instituído ser propício à reprodução, à tentativa de reiterar-se, de perpetuar o que já existe, de tender à estabilização e ao estático. Já as forças instituintes, no caminho oposto, tendem a aparecer como processos dinâmicos, revolucionários e criativos (LOURAU, 2004).

Ao analisar processos instituintes e instituídos, é importante afastar a visão maniqueísta dessas considerações, partindo do princípio de que ambas fazem parte de processos dinâmicos de construção social e que cada uma tem sua importância no processo do desenvolvimento das instituições. Dessa forma, não há que se distinguir entre bom ou ruim, bem ou mal na avaliação e análise de processos instituintes e/ou instituídos, mas se pode

proceder à análise segundo a conformação de forças propulsoras ou que dificultam processos de mudança (BAREMBLITT, 2012).

Para a AI, “as instituições [...] têm uma face escondida. Esta face que a análise institucional se propõe a descobrir” (LOURAU, 2004 p. 68). Neste trabalho, a partir de Lourau, considera-se que na instituição AB, a PNH e o dispositivo autoavaliativo disparado pelo PMAQ foram institucionalizados enquanto normativas, apesar de, no cotidiano do trabalho, estarem em processo de institucionalização.

Para cumprir a função de regulação da vida humana, as instituições ganham formas materiais bastante variadas, denominadas organizações. As organizações compõem-se de unidades menores, os estabelecimentos, que, dotados de dispositivos técnicos, adquirem dinamismo por meio dos agentes, os seres humanos. São os agentes que protagonizam as práticas e que, em suas ações, operam transformações na realidade (BAREMBLITT, 2012).

Assim sendo, no momento em que os agentes colocam em ação as regras e as normas da instituição, eles produzem e são produzidos, constroem a instituição e também são construídos e, dessa forma, o espaço institucional acaba por se conformar como lugar de produção de subjetividades (FORTUNA et al., 2014).

A instituição AB é constituída por normas e leis que se materializam nos estabelecimentos (unidades de saúde) e organizações (MS, departamentos de saúde etc.), que são operados pelos agentes (gestores, trabalhadores e usuários do sistema).

Outra característica das instituições é que elas tendem a produzir o oposto do propósito para o qual foram fundadas (FORTUNA et al., 2014), o que na AI é denominado por “traição da profecia inicial” (SCHNEIDER, 2005). A instituição saúde, por exemplo, que, em seu ideal máximo, tem a premissa de produzir saúde, acaba por provocar o adoecimento a depender da forma com que atua (FORTUNA et al., 2011).

Muito disso se deve ao fato de que, apesar das utopias, dos ideais, dos objetivos últimos de cada sociedade, existem forças históricas que desvirtuam e corrompem esse processo. Dessa maneira, as instituições acabam por atuar baseadas na exploração de alguns homens em relação aos outros, na dominação caracterizada pela imposição da vontade de uns e desrespeito à vontade coletiva e na mistificação, ou seja, a deformação do que se considera verdade e substituição por mentiras, enganos, ilusões, sonegações, dentre outros (BAREMBLITT, 2012).

Romagnoli (2009) argumenta que, devido a essas forças históricas, as estratégias para repensar o acolhimento encontram-se em algum lugar entre o instituído, quando preso às

relações de poder hierarquizadas e determinadas, e o instituinte, quando se identifica potencial para o exercício de novas práticas.

A normativa do PMAQ, mais explicitamente o Manual instrutivo AMAQ, interpreta os conceitos de autoanálise, autogestão e implicação de maneira diferente da compreensão desses conceitos pela AI:

A autoavaliação, objeto deste documento, é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da equipe e da gestão. É nesse momento que os sujeitos e grupos **implicados** avançam na **autoanálise**, na **autogestão**, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2012c, p. 12, grifo nosso).

Para o AMAQ, o conceito de implicação está mais próximo do de engajamento, e os conceitos de autoanálise e autogestão, embora não estejam explícitos, parecem propor a análise dos problemas e a formulação de estratégias no contexto do trabalho em saúde.

Para a AI, a autoanálise corresponde ao processo em que os coletivos, ao olharem para si, apropriam-se de saberes acerca de seus desejos, necessidades, demandas, problemas, soluções e limites. Ao ser realizada, possibilita que os coletivos possam se libertar dos critérios de verdade e eficiência impostos pelos instituídos e, dessa forma, reconhecer e valorizar o saber que se encontra apagado e subordinado aos saberes científicos e disciplinários (BAREMBLITT, 2012).

A autogestão corresponde aos processos em que o próprio coletivo promove o gerenciamento de suas vidas. Reconhece-se que toda forma de gestão resulta em certa divisão técnica do trabalho, que pode implicar diferenças de hierarquia de acordo com as diferentes peculiaridades e potências, porém deslegitima que essa hierarquia corresponda a diferenças de poder (BAREMBLITT, 2012).

Os processos de autoanálise e autogestão são potentes por possibilitarem o questionamento de certezas que se encontram naturalizadas. Na instituição saúde, os poderes hierarquicamente constituídos são evidentes ao identificarmos a figura dos especialistas (*experts*) desconsiderando o saber dos coletivos.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que, ao realizarem a avaliação, a partir do instrumento AMAQ, as equipes tenham, de alguma forma, iniciado um processo de autoanálise e autogestão. Contudo, nesta pesquisa documental na análise das MIs das equipes, não tivemos acesso aos processos de sua construção.

Para a AI, por implicação entende-se o refletir acerca das instituições que nos atravessam, de denunciar o que elas provocam em nós, indo além do comprometimento, da motivação ou do engajamento, conforme definido no instrumento da AMAQ (ROMAGNOLI, 2014).

Implicação refere-se à relação que desenvolvemos com as instituições (FORTUNA et al., 2014; MONCEAU, 2008). A análise dessa implicação é um dispositivo de produção de conhecimentos e transformações na medida em que, de forma dialética, pensar acerca das instituições é acessar também suas contradições (ROMAGNOLI, 2014; FORTUNA et al., 2014).

Lourau (2004) assevera que considerar a implicação do pesquisador foi o escândalo da AI. E Romagnoli (2014) sinaliza para a necessidade de se interrogar a respeito dos instituídos cristalizados nos campos de investigação, rompendo-se, assim, com o paradigma de ciência neutra e objetiva. Portanto, para se conhecer/intervir em uma instituição, é preciso trabalhar a partir do que nos liga a ela, ou seja, a nossa implicação.

5 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

É certo que o processo investigativo se desenrola num continuum, porém, para fins didáticos, apresentamos o percurso metodológico da pesquisa nos tópicos: abordagem; procedimento; local do estudo; produção dos dados; apresentação dos dados; análise dos dados; e considerações éticas.

5.1 Abordagem: Pesquisa qualitativa

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com intuito de compreender problemas e estratégias de acolhimento presentes no conteúdo de documentos produzidos em uma realidade complexa e intersubjetiva, baseando-se em conceitos do referencial teórico-metodológico da AI e considerando a implicação do pesquisador como intrínseco ao processo investigativo.

As pesquisas qualitativas consideram aspectos subjetivos relacionados aos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, conferindo possibilidade para a compreensão de um espaço mais profundo das relações. Abordam, também, processos e fenômenos da realidade social que seriam impossíveis de serem traduzidos por indicadores e/ou expressões numéricas (MINAYO, 2010; BOSI, 2012).

Trata-se de adotar, para além de um método, uma postura qualitativa, ou seja, “um fundamento epistemológico, no qual as técnicas façam sentido” (MARTÍNEZ; BOSI, 2004, p. 33-34 apud BOSI, 2012, p. 578), de forma que esta se sustente simultaneamente pela coerência e consistência, articulada com o desafio de desencadear o desenvolvimento científico com o desenvolvimento de dimensões relativas à criatividade do pesquisador (GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014; MINAYO, 2010).

Entendemos por criatividade a possibilidade de superar o aspecto técnico e considerar a experiência reflexiva, a capacidade pessoal de análise e síntese teórica, a memória intelectual e o nível de comprometimento do pesquisador com o objeto como elementos intrínsecos ao desenvolvimento da pesquisa (MINAYO, 2010).

Concordamos, ainda, com a afirmação de que “não há uma metodologia, mas o exercício minucioso de uma criatividade que, longe de recuar diante dos desafios, nutre-se dos

mesmos ao preço da renúncia à tranquilidade e ao conforto das conclusões definitivas” (SOKAL; BRICMONT, 1999, p. 38 apud GOMES; MARTIN; SILVEIRA, 2014, p. 474).

Nesse sentido, Guattari (2004) reflete sobre a necessidade de se criarem condições para um descentramento radical dos métodos justos, fixos e previsíveis, das formas tradicionais e hegemônicas de se fazer ciência, rompendo, assim, as barreiras do saber dominante e abrindo possibilidades para se refazer “um novo espírito científico” (GUATTARI, apud LOURAU, 2004, p.66, aspas do autor).

A abordagem qualitativa nos interessa, também, por se conformar adequada para a análise de documentos (MINAYO, 2010).

5.2 Procedimento: Pesquisa Documental

Documentos são “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano” (PHILLIPS, 1974, p. 187 apud SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p.6). A princípio, foram considerados como documentos apenas textos de arquivos oficiais (LANGLOIS e SEIGNOBOS 1898, apud CELLARD, 2012), porém esse conceito foi ampliado e passou a considerar como documento outras fontes além das escritas, tomando-o como qualquer suporte que contenha informação registrada e que possa contribuir com a investigação de fatos ou fenômenos (GIL, 2008; CELLARD, 2012).

Por pesquisa documental entende-se o exame de materiais que ainda não receberam tratamento analítico ou que podem ser reexaminados na busca de interpretações novas ou complementares (GODOY, 1995).

Nesta pesquisa, os documentos analisados constituem-se nas matrizes de intervenção produzidas pelas equipes de ESF dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III Araraquara. Algumas considerações acerca desses materiais escritos se fazem importantes.

Trata-se de documentos secundários (coletados por pessoa que não estava presente na ocasião de sua ocorrência), de fonte natural, que fornece dados sobre um contexto por ter origem nesse contexto histórico, econômico e social, e de fonte primária por não terem recebido tratamento analítico prévio (GODOY, 1995; SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Apresentam-se como importante fonte de informação, já que a análise desse tipo de material favorece a observação do processo de maturação de grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas. Permite acrescentar a dimensão tempo à realidade social e, ainda, justifica-se por possibilitar a ampliação do entendimento de realidades que necessitam de contextualização histórica e social. Frequentemente, são os únicos registros de atividades particulares ocorridas em um passado recente (CELLARD, 2012).

A pesquisa documental tem como facilitador do processo investigativo a capacidade de fornecer dados de forma a otimizar o tempo e evitar o constrangimento dos sujeitos em razão da influência, da presença e/ou da intervenção do pesquisador (GIL, 2008; CELLARD, 2012).

Devem-se considerar, também, os desafios e obstáculos que apresenta. Em razão dos registros, na maioria das vezes, não terem sido criados com o propósito de fornecer informações para pesquisas ou posteriores reconstruções, apresentam algumas limitações, como a inacessibilidade ao não verbal, a não permissão a explicações e aprofundamentos suplementares e a impossibilidade do acesso ao processo em que se deu a criação dos dados (CELLARD, 2012; GODOY, 1995).

Considerando as facilidades e dificuldades da pesquisa documental, valemo-nos da seguinte afirmação: “É impossível transformar um documento; é preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, às vezes, [...] incompleto, parcial ou impreciso” (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009, p. 8).

Para estudiosos da Análise Institucional, o leque de possibilidades na aplicação de seus instrumentais em pesquisas na Saúde Coletiva tem sido ampliado (VIVOT, 2014). Segundo L’Abbate (2012) com base em Lourau (1975), quando o material empírico da análise é constituído por documentos, observações e entrevistas, tem-se a “análise de papel”. Afirma, ainda, que, “nesse caso, há um profissional que assume o papel de perito que fornece um diagnóstico, elucidando problemas da organização. No caso de trabalho acadêmico, um estudioso que realiza uma análise de cunho teórico sobre uma determinada organização” (L’ABBATE, 2012, p. 198).

Assumir o lugar de “perito” é, a princípio, uma imposição do próprio material analisado, enquanto documento. Porém, em conformidade com o referencial da AI, faz-se no intuito de que as análises possam ser transformadas em potência de colaboração ao se integrarem ao coletivo de interesse, podendo, assim, serem discutidas. Dessa forma, não se intenciona produzir verdades, mas tentar compreender uma realidade complexa, sem a pretensão de encontrar respostas, mas com a postura de que questões podem ser geradas.

5.3 Local do estudo

Apesar de se tratar de uma pesquisa documental, os materiais analisados foram coletados em uma localização geográfica determinada. Essa localização (local de estudo) compreende unidades de saúde dos municípios da Região de Saúde Coração do DRS III Araraquara, do Estado de São Paulo (SP). Especificamente, as unidades da ESF dos municípios que aderiram ao PMAQ, sendo: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos.

A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) é dividida administrativamente em dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS). Um desses departamentos é o DRS III - Araraquara, composto por 24 municípios, subdivididos em quatro regiões de saúde sendo: Norte, Centro-Oeste, Central e Coração⁴.

A Região Coração (RC) está localizada na extremidade Sul do DRS III Araraquara (Figura 1).

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP).

⁴ Informação disponível [online] em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/drs-iii-araraquara>>. Acesso em 28 fev. 2015.

Figura 1 – Mapa dos Departamentos Regionais de Saúde da Rede Regional de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo (RRAS 13).

Segundo estimativas do IBGE (2010), a RC tem 355.884 habitantes, o que corresponde a 38% da população da DRS III, distribuídos com disparidades entre os municípios.

Dos seis municípios da RC, Dourado e Ribeirão Bonito apresentam média de 10 mil habitantes, Descalvado e Ibaté cerca de 30 mil, Porto Ferreira apresenta mais de 50 mil, e São Carlos apresenta mais de 200 mil habitantes, contando com mais de 2/3 da população total da região. Além disso, os municípios de Descalvado e São Carlos possuem, respectivamente, 70 e 143 famílias em áreas de assentamento (IBGE, 2010).

Em conformidade com a pirâmide populacional brasileira, na RC observa-se diminuição da taxa de natalidade, aumento da expectativa de vida e do índice de envelhecimento populacional, apresentando maior longevidade na população feminina, que corresponde a 50,5% da população total, sem diferenças significativas entre os municípios (IBGE, 2010; IBGE, 2000).

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS, 2008), que classifica os municípios quanto à riqueza, longevidade e escolaridade, na DRS III Araraquara, dos 24 municípios, 10 apresentam IPRS entre 4 e 5, ou seja, condições socioeconômicas precárias, comparativamente aos demais municípios do Estado (MENDES; BITTAR, 2010).

Em relação às principais causas de morte, o Estado de São Paulo apresenta diminuição da importância proporcional das mortes por moléstias infecciosas (apesar do surgimento da AIDS na década de 1980). As principais causas de mortalidade são as que correspondem às doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (violências e acidentes). Na DRS III Araraquara, a situação se assemelha à do Estado (MENDES; BITTAR, 2010).

A proporção de paulistas cobertos por planos de saúde privados é maior do que a média nacional, o que corresponde a 40% dos residentes no Estado. Apesar disso, o SUS continua sendo o principal sistema responsável pelo atendimento da população. A ESF iniciada no Estado em 1996 atualmente é desenvolvida por 75% dos municípios com cobertura de 25% da população (MENDES; BITTAR, 2010).

Na RC da DRS III, 65,57% da população possuem cobertura da somatória entre Estratégia Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários.

Quanto ao número de internações por condições sensíveis à atenção primária⁵, comparando os anos de 2000 e 2007, a DRS III apresentou posição de destaque, com redução

⁵ Internações ocorridas em pacientes residentes no município (SIH/SUS) / população total do município (IBGE) x 1000.

de 28,05%, comparado com os 1,5% da somatória da redução apresentada pelo Estado (REHEM; EGRY, 2011).

5.4 Produção dos dados

Para cada problema priorizado pelas equipes é elaborada uma MI que fica aos cuidados da própria equipe, nas unidades de saúde.

Devido ao fato de a pesquisa ter sido realizada a partir de documentos de seis municípios, foram traçadas estratégias gerais a serem seguidas na produção dos dados. Contudo o percurso foi exigindo alguns desdobramentos que atendessem às particularidades de cada um dos municípios, sendo, portanto, estratégias singulares a cada um.

Referimos-nos à “produção dos dados” para demarcar que a encomenda da pesquisa influencia na “coleta dos dados”, explicitando, portanto, a não neutralidade também dessa etapa.

De acordo com o objeto e com o referencial teórico-metodológico, reconheceu-se como intrínseco ao processo investigativo a devida atenção às mudanças processuais e às possibilidades apresentadas ao longo desse percurso.

Assim como Santos (2014, p. 47), prever essas possibilidades “não significou desrespeito aos protocolos científicos de legitimidade e ética, tampouco incoerência na busca por rigor teórico-metodológico”. Pelo contrário, permitiu-nos imprimir certa “liberdade” no fazer da pesquisa, consistindo em uma escolha consciente e coerente com o referencial adotado. Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que, nos estudos qualitativos, a melhor decisão de como realizar os procedimentos metodológicos de coleta de dados é tomar o campo à medida que o estudo se desenvolve. Trata-se de um delineamento emergente, ou seja, emerge à medida que o pesquisador toma decisões a partir do que foi aprendido já no campo.

Considerando esse caminho metodológico processual, os passos da produção de dados comum a todos os municípios ocorreram da seguinte forma:

1. Identificação das unidades de saúde que aderiram ao PMAQ na DRS III;
2. Realização de contato telefônico com as unidades de saúde para identificação de profissional da unidade que pudesse conversar sobre o PMAQ;
3. Explicação, acerca da pesquisa para o referido profissional (por telefone);
4. Solicitação de melhor forma de encaminhamento das MI - dentre elas, estavam previstos, e-mail e coleta in loco. Durante uma das ligações, foi solicitado por profissional o

uso do aplicativo de SmartPhone “WhatsApp” como forma de encaminhar os documentos, o qual foi inserido enquanto sugestão nas demais ligações;

5. Recebimento das MIs.

Devido à produção dos dados ser também material de análise, de agora em diante, em respeito aos preceitos éticos da pesquisa, os municípios foram aleatoriamente identificados por A, B, C, D, E e F. No tópico “Considerações Éticas”, esse quesito é retomado com maior detalhamento.

No município A, a coleta de dados foi realizada in loco nas unidades de saúde. Na visita à unidade, foi solicitada ao primeiro trabalhador encontrado (em todas as unidades este foi o trabalhador da recepção) uma pessoa que pudesse falar sobre o PMAQ. Unanimemente o profissional indicado foi o enfermeiro. Em uma das unidades, o enfermeiro estava de férias, porém foi contatado pelo gerente, para que indicasse o local em que estavam localizadas as MIs.

Quanto à localização, em 05 unidades as MIs estavam em pasta localizada em armário na sala do enfermeiro, e em 01 unidade estava em pasta no almoxarifado.

Nos municípios B, D e F, foram realizados contatos telefônicos com a respectiva prefeitura e solicitado o contato telefônico das unidades de saúde. No contato com as unidades, foi pedida a indicação de um profissional que pudesse falar sobre o PMAQ.

Nos municípios D e F, o enfermeiro foi, também, o profissional indicado em todas as unidades de saúde contatadas. No município B, em uma das unidades, o cirurgião dentista foi indicado.

Cabe salientar que o contato telefônico com as unidades aconteceu de forma facilitada, sendo a ligação atendida nos primeiros pulsos da chamada, porém o contato com o enfermeiro indicado para falar sobre o PMAQ careceu, em média, de duas ligações por unidade, pois esse profissional alegou estar ocupado com as atividades da unidade de saúde.

Para encaminhar as MIs, houve a troca do contato telefônico (celular) entre a pesquisadora e os profissionais indicados. Por meio de aplicativo WhatsApp, as MIs foram fotografadas in loco pelos profissionais e encaminhadas para a pesquisadora, online.

No município C, a coleta das MIs ocorreu por meio da apoiadora de humanização, que, durante grupo focal, em uma das etapas do projeto maior do qual este é parte, prontificou-se e disponibilizou as cópias das MIs no encontro seguinte.

No município E, o número de telefone das unidades de saúde foi disponibilizado por trabalhadora da DRS III Araraquara, uma das pesquisadoras do projeto maior. No contato com as unidades, foi solicitada a indicação de algum profissional que pudesse falar sobre o

PMAQ. Com exceção de duas unidades, uma que indicou o profissional médico e outra que indicou o cirurgião dentista, nas demais, o profissional indicado foi o enfermeiro. Além do aplicativo WhatsApp, duas unidades encaminharam as MIs escaneadas, por e-mail.

No município F, das MIs enviadas via WhatsApp houve perda dos arquivos referentes aos dados de três equipes. Tal perda aconteceu porque a pesquisadora excluiu acidentalmente o banco de dados do celular. Entrou-se, novamente, em contato com as unidades de saúde e com a DRS III Araraquara, porém devido ao limite de tempo para esta etapa, não foi possível recuperá-las.

Em posse dos documentos, foi preciso eleger critérios de inclusão e exclusão das MIs a fazerem parte do estudo, visto que nem todas eram legíveis e nem todas estavam completas. Além disso, as equipes encaminharam todas as MIs produzidas na unidade de saúde, incluindo equipe de Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e unidades tradicionais de atenção à saúde, e o foco da pesquisa foram as MIs construídas por equipes de ESF. Elegeu-se como critério de inclusão as MIs legíveis, completas e construídas por equipes de ESF. E como critério de exclusão, as MIs ilegíveis, incompletas e construídas por outras equipes que não fossem de ESF. Excluiu-se também as MIs relacionadas à saúde bucal.

Apresentamos, a seguir, dois quadros que consolidam os dados acima expostos. O Quadro 1 trata do procedimento de coleta, contato com as equipes, profissional indicado e encaminhamento das MIs, e o quadro 2, acerca das MIs incluídas e excluídas na pesquisa.

Quadro 1 – Consolidado da produção de dados nos municípios A, B, C, D, E e F acerca do procedimento de coleta, contato com as equipes, profissional indicado e encaminhamento das MIs.

Município	A	B	C	D	E	F	Total
Procedimento de coleta	In loco	Contato telefônico	Apoiadora de humanização	Contato telefônico	Contato telefônico	Contato telefônico	-
Quantidade de equipes contatadas	6	7	-	7	17	4	43
Profissional indicado no primeiro contato	Enfermeiro (6)	Enfermeiro (6) Cirurgião dentista (1)	-	Enfermeiro (7)	Enfermeiro (15) Médico (1) Cirurgião dentista (1)	Enfermeiro (4)	Enfermeiro (38) Médico (1) Cirurgião dentista (2)
Quantidade de equipes que encaminharam as MIs	6	6	2	7	13	3	37
Forma de encaminhamento das MIs	Registro fotográfico no local	Aplicativo de smartphone	Cópias	Aplicativo de smartphone	E-mail (2) Aplicativo de smartphone (44)	Aplicativo de smartphone	-
Quantidade de MIs encaminhadas	22	30	14	23	46	2*	137

Quadro 2 – Consolidado da produção de dados nos municípios A, B, C, D, E e F acerca das MIs incluídas e excluídas na pesquisa.

Municípios		A	B	C	D	E	F	Total
Quantidade de MIs encaminhadas		22	30	14	23	46	2*	137
MIs excluídas da pesquisa		1	8	1	10	21	0	41
Motivo da exclusão	NASF, SB, Unidade tradicional.	1	8	-	10	12	-	31
	Incompletas	-	-	1	-	4	-	5
	Ilegíveis	-	-	-	-	5	-	5
MIs inclusas na pesquisa		21	22	13	13	25	2	96
MIs repetidas ou similares		10	8	0	0	0	0	18

5.5 Análise dos dados

A etapa de análise tem como objetivo organizar os dados de forma a produzir ou reelaborar conhecimentos. Uma vez organizados, os dados precisam ser interpretados, ou seja, deve-se procurar seu sentido amplo, sintetizar informações, determinar tendências e fazer inferências (GIL 2008; SÁ-SILVA, ALMEIDA, GUINDANI, 2009).

Para a realização da análise documental, optou-se pelas etapas metodológicas elencadas por Cellard (2012). A primeira etapa, denominada “Análise crítica do documento”, é dividida em cinco dimensões de análise: o contexto; o autor ou os autores, a autenticidade e confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto. A segunda etapa refere-se ao que o autor denominou de “a análise”. Aqui, referimo-nos à “Análise do conteúdo textual das matrizes de intervenção”. A seguir, pontuamos sobre o que será analisado em cada uma das duas etapas e suas dimensões.

A primeira dimensão da primeira etapa concerne ao “Contexto”, ou seja, o exame da conjuntura global em que o documento foi produzido, no qual estava inserido tanto o autor, quanto a quem o documento foi endereçado etc. Por se tratar da análise de documento recente (construído a partir do AMAQ), esta tarefa se torna um pouco difícil devido à falta de distância do fato (como adverte o próprio autor), porém imprescindível.

A segunda dimensão da primeira etapa, “O autor ou os autores”, diz respeito à necessidade de se pensar em quem é o autor do documento, se ele fala em nome próprio, em nome de outra pessoa, grupo ou instituição. Por qual motivo se expressa, com qual intenção, por quais motivos e a quem escreve.

A terceira dimensão da primeira etapa, “A autenticidade e confiabilidade do texto”, retrata a “qualidade da informação transmitida” (CELLARD, 2012, p. 301). Para isso, alguns cuidados são importantes, como a verificação da procedência dos documentos, a relação do descrito com a pessoa que escreveu, com o tempo decorrido entre o fato e a sua descrição, se poderiam ter ocorrido enganos na interpretação, se o autor presenciou o fato ou descreveu um fato contado por outra pessoa.

A quarta dimensão da primeira etapa, “A natureza do texto”, pode variar grandemente, segundo Cellard (2012). Dessa forma, faz-se importante que o pesquisador seja prudente e revele ao leitor as dificuldades e os problemas que se colocaram diante de sua análise.

A quinta dimensão da primeira etapa trata dos “conceitos-chave e a lógica interna do texto”, em que a lógica e o significado das palavras devem ser cuidadosamente observados,

assim como os conceitos-chave presentes com o intuito de avaliar sua importância e seu sentido. Deve-se perguntar quais são as partes da argumentação e como ela se desenvolve.

Após a análise crítica do documento, procede-se à análise em si, ou seja, a segunda etapa. Para o autor (que utiliza várias ideias, dentre elas as de Foucault e Deslauriers), o pesquisador “desconstrói” o documento, “tritura-o” e o “reconstrói” novamente à luz de sua pergunta de pesquisa. Para isso, argumenta ser preciso encontrar os nexos entre os fatos.

[...] deve se empenhar em descobrir as ligações entre os fatos acumulados, entre os elementos de informação que parecem, imediatamente, estranhos uns aos outros [...]. É desse encadeamento de ligações entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, o que lhe possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e realizar uma reconstrução de um aspecto qualquer de uma dada sociedade, neste ou naquele momento (CELLARD, 2012 p. 304).

Pesquisadores concordam que é a leitura exaustiva dos dados que permite perceber as semelhanças, as divergências e as relações contidas nos documentos (MINAYO, 2010; CELLARD, 2012; GIL, 2008). Nesse processo, deve-se considerar o pesquisador enquanto ser histórico, político e social, inserido em um contexto, suas ideologias e personalidade (CELLARD, 2012), o que corrobora o conceito de análise de implicação do referencial da AI.

Baseado em Carl Jung (1989) e em Deslauriers (1991), Cellard (2012) também afirma que

[...] o momento em que uma soma de ideias ou de pensamentos se une para formular uma explicação, em que um certo raciocínio se constrói repentinamente, e em que uma ligação se estabelece entre vários fatos e faz-se a luz. É nesse estágio que a imaginação e a intuição do pesquisador são mais utilizadas. Contudo [...] esse “clique” não se ensina de fato: trata-se de uma aptidão que se cultiva e se desenvolve; ela é em geral, o fruto de reflexões, leituras, discussões com outros pesquisadores etc. (CELLARD, 2012 p. 305).

Portanto, para o autor, o “clique” é fruto que se semeia, cultiva e aprimora, dentre os fatos mencionados e, também, durante a produção de dados, em que algumas ideias começam a brotar e, posteriormente, vão sendo maturadas ao longo do processo de pesquisar.

Desse modo, no processo de maturação, para a organização dos dados as MIs foram digitadas na íntegra em arquivo Excel. Para a análise, os problemas e as estratégias foram desmembrados, cada um em uma tabela de Excel. A análise ocorreu a partir da repetida leitura das duas tabelas e da tabela em que as MIs foram digitadas na íntegra.

5.6 Considerações Éticas

A fim de possibilitar a coleta dos dados necessários à realização deste projeto de pesquisa, ele foi formalmente autorizado pelas Secretarias Municipais de Saúde da Região Coração da DRS III Araraquara.

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos e respeitando as normas éticas cabíveis, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo sido aprovado sob o parecer CAAE: 53990316.2.0000.5393 (ANEXO 3).

Em acordo com os preceitos éticos, na apresentação dos dados das matrizes de intervenção foram substituídos os nomes dos Municípios por letras do alfabeto (A, B, C, D, E e F), e para a identificação das equipes, os nomes foram alterados por números cardinais crescentes, e essa identificação está seguida da letra do município correspondente. Como cada equipe construiu de uma a mais matrizes, elas também foram identificadas com números cardinais crescentes.

A identificação das equipes e das MIs foi realizada de acordo com o arquivo físico dos dados. Dessa forma, temos, como exemplo: MI (A5.5): “Ausência de priorização do atendimento a demanda espontânea da unidade”. A MI corresponde ao Município A, a equipe de saúde é identificada como 5, e a MI identificada pelo número 5, dessa unidade.

6 RESULTADOS

6.1 Município A

6.1.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde

O município A contava, em 2010, com população de 30.734 habitantes, sendo 48,5% do sexo feminino. Possui percentual de urbanização de 96,01% e o menor Índice de Envelhecimento⁶ entre os municípios da DRS Araraquara. Entre o período de 2000 e 2010, teve queda de 3,9% na Taxa de Natalidade⁷. Em 2009, o PIB per capita foi de R\$11.749,68, enquanto a média da RC foi de R\$18.718,12. Em 2011, teve Percentual de Internação por condições sensíveis na AB de 21,63%, comparado a 15,94% apresentado pelo Estado de São Paulo no mesmo período. Apresentou alta Taxa de Internação por AVC em pessoas de 30 a 59 anos (10,23) e alta Taxa de parto Cesáreo (75,77), em comparação com a Média da RC (6,41 e 59,40, respectivamente) (SÃO PAULO, 2012).

Quanto aos equipamentos de saúde, possui 5 ESFs com ESB, que cobrem 58,57% da população, e 2 UBS tradicionais (com especialidades). Todas as unidades possuem área de abrangência definida e atendem à demanda espontânea, programática e de urgência. A classificação de risco está implantada em duas unidades de forma sistematizada, com previsão de ampliação. Considerando as áreas programáticas, as unidades desenvolvem atividades relacionadas à Saúde da Criança e da Mulher. Todos os profissionais são efetivos, e não há Conselhos Locais de Saúde (CLS) (SÃO PAULO, 2012).

A AB é tida como prioridade nos Planos de Saúde e há coordenador de AB no município. Existem vazios assistenciais quanto à Saúde do Adolescente, Saúde Mental e do Adulto. A demanda reprimida está principalmente relacionada ao apoio diagnóstico, e o atendimento de urgência é realizado em dois Pronto-Atendimentos (PA). Do total da população do município, 19,94% são beneficiários de saúde suplementar. Além dessas características, o município apresenta a maior Média Anual de Consultas Médicas por Habitante (12,71) em comparação com a RC (2,25). Apresenta, também, a maior taxa de internação (8%) em comparação com a RC (5,5%), e, em 2001, 78% das internações foram de pessoas do sexo masculino (SÃO PAULO, 2012).

⁶ Índice de envelhecimento: Número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

⁷ Taxa de natalidade: Número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

6.1.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 3 – A identificação da subdimensão (AM AQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município A.

MI	S. AM AQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
A1.1	Atenção Integral Saúde à	“Falta de informação por parte das gestantes”.	“Informar gestantes e reduzir índices de cesarianas eletivas”.	“Escolher o melhor dia para o curso; Convidar as gestantes para o curso; Impressão para ajudar no ensinamento”.	“Enfermeira e ACS (auxílio)”.
A1.2	Atenção Integral Saúde à	“Casos positivos de dengue na cidade”.	“Diminuir casos de dengue e evitar epidemia”.	“Mutirão no bairro; Entrega de folhetos e jornais explicativos; Palestras”.	“Enfermeira e ACS”.
A1.3	Atenção Integral Saúde à	“Poucas mães aderidas à puericultura”.	“Aumentar a procura pela puericultura”.	“Oferecer durante a vacinação e teste do pezinho; Oferecer durante as visitas domiciliares; Oferecer a puericultura na sala de espera”.	“Enfermeiro, Aux. de enfermagem e ACS”.
A1.4	Atenção Integral Saúde à	“Falta de programa (Hiperdia) e falta de acompanhamento dos usuários”.	“Diálogo em sala de espera; Oferecer acompanhamento para HAS (Hipertensão arterial Sistêmica) e DM (Diabetes mellitus) em VD (visita domiciliar)”.	“Entrega de folhetos explicativos e dietas específicas”.	“Enfermeiro, Aux. de enfermagem e ACS”.
A2.1	Atenção Integral Saúde à	“Falta de acompanhamento e dados para avaliação de saúde da puérpera e RN; estado emocional da família; vínculo com o bebê, aleitamento materno e planejamento familiar”.	“Avaliar a situação de saúde da puérpera e RN até 7 dias após o parto; Orientar sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, vínculo entre RN e família, consulta de puericultura e planejamento familiar por meio da construção de conhecimentos compartilhados envolvendo puérpera, família e equipe de saúde”.	“Realização de avaliação e orientações da enfermeira para a puérpera no dia da coleta do exame de pezinho na unidade; pelo médico durante a consulta de pediatria e pelas ACS nas visitas domiciliares; Realização de visita domiciliar pela enfermeira, nos casos em que a puérpera e RN não comparecerem à unidade de saúde, utilizando instrumento sistematizado para coleta de informações e avaliação”.	“ACS, enfermeira e médico”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
A2.2	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de orientação e aconselhamento sobre planejamento familiar para adolescentes e mulheres”.	“Orientar quanto à utilização de métodos contraceptivos disponíveis e seu uso, bem como a prevenção de DST”.	“Realização de orientações pela enfermeira no dia da coleta de Papanicolau, pelo médico nas consultas ginecológicas e pelas ACSs nas visitas domiciliares; Realização de oficinas, teatros e palestras abordando o tema gravidez na adolescência e DST nas escolas do bairro (nome)”.	“ACS, enfermeira e médico”.
A2.3	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de acompanhamento e avaliação do risco nutricional de escolares do território de abrangência e de orientação nutricional dentro da escola”.	“Avaliar risco nutricional de crianças em idade escolar; Proporcionar acompanhamento nutricional de escolares do território de abrangência e de orientação nutricional dentro da escola”.	“Entrar em contato com a direção da escola por meio de ofício para programar o dia e horário das atividades; Comunicar os pais por meio de bilhetes/recados em agendas e cartazes sobre as atividades a serem realizadas, solicitando sua autorização; Realizar as seguintes atividades para a faixa etária de 7 a 12 anos: medidas antropométricas, aferição de pressão arterial e atividades didáticas sobre hábitos alimentares saudáveis (construção de pirâmide alimentar, preparação de salada de frutas junto com as crianças, utilização de cartilhas de orientação)”.	“ACS, Enfermagem, coord. da AB e gestor municipal de saúde”.
A3.1	Atenção Integral à Saúde	“Falha no acompanhamento e coleta de dados para avaliação da gestação de risco em mulheres pertencentes à área de abrangência, e ausência de orientação adequada no período puerperal”.	“Avaliar precocemente risco gestacional, propor acompanhamento profissional e estimular hábitos saudáveis de vida, com envolvimento de toda a equipe da unidade”.	“Informar gestantes por meio de cartazes e folhetos explicativos, convocar em visitas domiciliares, programar atividade com data e hora pré-estabelecidas; Incluir programação infantil e lanche, para que as mães possam aderir e participar com os filhos; Oferecer Kit para o bebê ao final do curso”.	“ACS, enfermagem, Coord. de AB e gestor municipal”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
A4.1	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de acompanhamento das puérperas em domicílio pela enf. ^a da ESF”.	“Realizar no puerpério imediato a visita da enfermeira às pacientes em seu âmbito domiciliar”.	“Contar com o apoio das ACSs e demais membros da equipe, no que diz respeito à alta da puérpera e seu RN para realizar ainda no puerpério imediato a visita da enf. ^a juntamente com a ACS responsável em domicílio”.	“Enfermagem e ACS”.
A4.2	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Ausência de reuniões e participação ativa da comunidade devido à falta de conselho local”.	“Garantir reuniões mensais com membros eleitos pela equipe e comunidade para discutir os problemas locais de saúde e as possíveis soluções”.	“Convocação da comunidade para escolha e identificação dos membros representantes”.	“Médico, ACS, enfermagem, recepção e aux. de limpeza”.
A5.1	Atenção Integral à Saúde	“Déficit de conhecimento sobre a doença, fatores de risco e prevenção”.	“Prevenir a incidência de hipertensão e diabetes na infância e na adolescência, assim como orientar educadores e pais”.	“Contatar a direção da escola (nome) por meio de ofício e programar atividade com data e hora pré-estabelecidas. Comunicar os pais por meio de cartazes ou através de recados em agendas sobre o trabalho, solicitando sua autorização; Confeccionar e enviar aos pais ficha de rastreamento familiar, para identificação do histórico de doença da família do educando”.	“ACS, enfermagem, coord. AB e gestor municipal”.
A5.2	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de orientação e aconselhamento sobre planejamento familiar para jovens e mulheres”.	“Orientar quanto aos métodos contraceptivos disponíveis e seu uso, bem como a prevenção de DST”.	“Realização de orientações pela enfermeira no dia da coleta de Papanicolau, pelo médico durante as consultas ginecológicas e pelas ACS nas visitas domiciliares”.	“Médico, ACS, enfermagem, recepção e aux. de limpeza”.
A5.3	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Ausência de reuniões e participação ativa da comunidade devido à falta de conselho local”.	“Garantir reuniões mensais com membros eleitos pela equipe e comunidade para discutir os problemas locais de saúde e as possíveis soluções”.	“Convocação da comunidade para escolha e identificação dos membros representantes”.	“Médico, ACS, enfermagem, recepção e aux. de limpeza”.
A5.4	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de priorização do atendimento a demanda espontânea da unidade”.	“Priorizar o atendimento de acordo com o nível de complexidade, excluindo o atendimento por ordem de chegada”.	“Criação de protocolo de acolhimento com classificação de risco; Criação de planilha de acolhimento; Capacitação da equipe; Orientação aos usuários”.	“Recepção, enfermagem, médico, ACS, aux. limpeza”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
A5.5	Atenção Integral à Saúde	“Falta de identificação e orientação ao uso abusivo de álcool”.	“Orientar quanto aos efeitos nocivos decorrentes do uso abusivo do álcool, identificar indivíduos com grau de alcoolismo através da aplicação do AUDIT”.	“Treinamento da equipe, através da ACS (nome) que foi capacitada no (nome de programa); Identificação dos indivíduos com possíveis graus de dependência ao álcool”.	“Recepção, enfermagem, médico e ACS”.
A5.6	Atenção Integral à Saúde	“Falta de acompanhamento e dados para avaliação do risco nutricional de escolares pertencentes à área de abrangência e ausência de orientação nutricional dentro da escola”.	“Avaliar risco nutricional existente nas crianças em idade escolar; Propor acompanhamento profissional e estimular hábitos saudáveis a partir de construção compartilhada de conhecimento envolvendo educadores, escolares e equipe de saúde”.	“Contatar a direção das escolas (nome) e (nome) por meio de ofício e programar atividade com data e hora pré-estabelecidas; Comunicar os pais por meio de cartazes ou através de recados em agendas sobre o trabalho, solicitando sua autorização; Realizar medidas antropométricas de todas as crianças na faixa etária; Trabalhar de forma didática para um melhor entendimento das crianças sobre hábitos alimentares saudáveis (através de construção de pirâmide alimentar, e cartilha de orientação)”.	“ACS, Enfermagem, coord. da AB e gestor municipal”.
A5.7	Atenção Integral à Saúde	“Falta de acompanhamento e dados para avaliação do risco nutricional em crianças de 0 a 5 anos pertencentes à área”.	“Avaliar risco nutricional existente em crianças de 0 a 5 anos e propor acompanhamento profissional”.	“Convocação casa a casa pelas ACSs para pais e responsáveis compareceram à unidade de saúde para mensuração dos dados antropométricos e entrevista”.	“ACS, enfermagem e recepção”.
A6.1	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Ausência de reuniões e participação ativa da comunidade devido à falta de conselho local”.	“Garantir reuniões mensais com membros eleitos pela equipe e comunidade para discutir os problemas locais de saúde e as possíveis soluções”.	“Convocação da comunidade para escolha e identificação dos membros representantes”.	“Médico, ACS, enfermagem, recepção, aux. de limpeza e gestor de saúde”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
A6.2	Atenção Integral à Saúde	“Falta de acompanhamento e dados para avaliação do uso e abuso de álcool e drogas da população pertencente à área de abrangência, e ausência de programas de diagnóstico precoce e redução de danos”.	“Visualizar a população em risco e uso abusivo de álcool e drogas. Propor acompanhamento profissional, elaborar plano terapêutico singular e estimular hábitos saudáveis a partir de construção compartilhada de conhecimento envolvendo o paciente, a família e a equipe de saúde”.	“Aplicação do AUDIT pelas ACSs durante as VDs, identificando pessoas em risco e com abuso de álcool; Atividades em sala de espera através de vídeos e explanação sobre o assunto”.	“ACS, enfermagem, coord. AB e gestor municipal”.
A6.3	Atenção Integral à Saúde	“Falta de acompanhamento e dados para avaliação do risco nutricional de escolares pertencentes à área de abrangência e ausência de orientação nutricional dentro da escola”.	“Avaliar risco nutricional existente nas crianças em idade escolar; Propor acompanhamento profissional e estimular hábitos saudáveis a partir de construção compartilhada de conhecimento envolvendo educadores, escolares e equipe de saúde”.	“Contatar a direção da escola por meio de ofício e programar atividade com data e hora pré-estabelecidas; Comunicar os pais por meio de cartazes ou através de recados em agendas sobre o trabalho, solicitando sua autorização; Realizar medidas antropométricas de todas as crianças na faixa etária (7 a 9 anos) da escola; Trabalhar de forma didática para um melhor entendimento pelas crianças sobre hábitos alimentares saudáveis (através de construção de pirâmide alimentar, e cartilha de orientação)”.	“ACS, Enfermagem, coord. da AB e gestor municipal”.

6.2 Município B

6.2.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde

De acordo com o censo de 2010 (IBGE), o município B possui 246 Km², população residente de 51.400 pessoas, sendo 50,3% mulheres. No mesmo ano, o índice de envelhecimento foi de 61,52, sem disparidades em relação à RRAS13 (59,39) e à DRS Araraquara (64,00). Em 2009, o PIB per capita foi de R\$17.414,37 pouco abaixo do apresentado pela RC (R\$18.718,12). Em 2010, apresentou o maior percentual de urbanização (98,21), e uma das menores Taxas de Analfabetismo (5,30) em comparação com a RC (6,50) (SÃO PAULO, 2012).

O Percentual de Internações por Condições Sensíveis à AB, de 16,42, ficou abaixo da média da RC (20,28) e da DRS do (19,81), assim como a Taxa de Internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos, de 12,16, enquanto a da RC foi de 35,17, e a do DRS 25,13. Em 2010, dos 197 nascidos vivos, 52 foram de mulheres menores de 20 anos, a taxa de cesárea foi de 62,39 e a porcentagem de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 90,38% (SÃO PAULO, 2012).

Quanto aos equipamentos de saúde, possui 5 UBS tradicionais, 1 UBS com PACS, 4 UBS com ESB e uma UBS com especialidade (pediatria). Destas, 07 aderiram ao segundo ciclo do PMAQ. Das UBSs que aderiram ao PMAQ, 03 não têm área de abrangência definida e todas atendem à demanda espontânea e programática. O atendimento de urgência é encaminhado para o PA. De acordo com as áreas programáticas, das 11 unidades de saúde, 10 atendem à Saúde da Criança, Adulto e Idoso, 9 têm ações para o adolescente, 7 para saúde da mulher e bucal. A Saúde Mental é acompanhada no CAPS, e 04 das unidades se reúnem de forma esporádica com a comunidade (SÃO PAULO, 2012).

O departamento de saúde é responsável pelos agendamentos fora do município e as solicitações são encaminhadas pelas UBS via malote. As consultas de especialidades realizadas no próprio município são agendadas pelas unidades de saúde por telefone; os exames de laboratório são autorizados e colhidos nas unidades (SÃO PAULO, 2012). Dos 142 trabalhadores de saúde, 106 têm vínculo empregatício efetivo. Quando à gestão, a AB é prioridade nos Planos de Saúde e tem coordenador. Não existem gerências formalizadas nas unidades, e não há vazios assistenciais nem demanda reprimida. Além disso, apresenta o maior percentual de pessoas (45,41%) beneficiárias de Saúde Suplementar, acima do valor apresentado pelo Estado (44,75%) (SÃO PAULO, 2012).

6.2.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 4 – A identificação da subdimensão (AM AQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município B.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
B1.1	Atenção Integral à Saúde	“A equipe realiza monitoramento dos exames de citologia oncológica e mamografia realizados”.	“Que a equipe seja capaz de monitorar e acompanhar 80% das mulheres entre 18 e 59 anos que residem na área de abrangência”.	“Fazer levantamento com o nome, microárea, de todas as mulheres de 18 a 59 anos residentes na área de abrangência; Levantar data do último exame de CO e MMG realizados; a fim de que nos próximos anos fique mais fácil a identificação, deverão agendar a consulta/exame preferencialmente no mês de aniversário da mulher”.	“Equipe”.
B1.2	Atenção Integral à Saúde	“Que a equipe de SF ofereça acolhimento para pelo menos 90% dos usuários de seu território”.	“Que a equipe seja capaz de acolher 90% dos usuários de forma humanizada e resoluto”.	“Qualificar a equipe da unidade de saúde da família; Planejar agenda dos profissionais; Garantir acesso do usuário na unidade; Acolher todo usuário que chega à unidade”.	“Equipe de saúde”.
B2.1	Atenção Integral à Saúde	“A equipe de AB desenvolve ações de ação integral à saúde do idoso através do cadastro atualizado dessa população”.	“Que a equipe seja capaz de monitorar e acompanhar todos os idosos residentes na área de abrangência”.	“Atualizar o cadastro da pessoa idosa; Distribuir caderneta do idoso; Disponibilizar atendimento preferencial para os idosos na unidade de saúde; Atualizar o cadastro dos idosos com dificuldade de locomoção para planejamento de visitas domiciliares”.	“ACS e enfermagem”.
B3.1	Organização do Processo de Trabalho	“A equipe realiza reunião periódica”.	“Realizar reuniões periódicas”.	“Definir cronograma para reuniões”.	“Enfermeiro”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
B4.1	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“A USF não possui em sua área participação popular de seus usuários, por meio de CLS”.	“Implantar o CLS na unidade; reunindo-se ordinariamente a cada dois meses e extraordinariamente quando necessário; Participação da população nas tomadas de decisão, no planejamento das ações e nos resultados alcançados”.	“Realizar mobilização/reunião com a equipe e com os usuários das microáreas, para sensibilização quanto à importância da participação popular; Convidar a população para participar de algumas reuniões de equipe; Votação para formação do CLS”.	“Equipe e representante do gestor da saúde”.
B4.2	Atenção Integral à Saúde	“A equipe incentiva e desenvolve práticas/atividades físicas na unidade e/ou território”.	Não descrito.	“Formar um grupo de caminhada no bairro, voltado para os pacientes com DM, HAS, DLP e outras doenças e também para os pacientes sem comorbidades prévias que queiram participar”.	“Equipe”.
B4.3	Atenção Integral à Saúde	“A equipe desenvolve ações para prevenção de DST em adolescentes”.	“Orientar adolescentes sobre sexualidade e DST”.	“Convidar os adolescentes da área de abrangência para participar da palestra sobre DST e sexualidade; Convidar profissional especializado no assunto, para ministrar a palestra; Fazer convites impressos e cartazes”.	“Equipe”.
B4.4	Infraestrutura e Equipamentos/ Organização do Processo de Trabalho	“Estrutura física pouco adequada para acolher usuários; O acolhimento realizado pela equipe, como um todo, é pouco humanizado, com a escuta pouco qualificada; Demanda	“Adaptar estrutura física e materiais da USF para implantar o acolhimento em espaço sigiloso, favorecendo a privacidade e qualidade da escuta; Sensibilização, adesão e compreensão pela equipe de SF da importância da implantação do acolhimento	“Determinar ‘sala de acolhimento’: sala específica, consultório disponível ou sala de procedimentos; Equipar a sala; Oficinas locais para construção e reorganização do processo de trabalho da equipe; Adequação de recursos visuais e informativos sobre a nova organização da equipe para o acolhimento local; Análise semanal, durante reunião de equipe, do	“Gestor municipal, Gestor de saúde e equipe de SF”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
		espontânea sem fluxos e protocolos bem estabelecidos para avaliação de risco; Os dados da demanda espontânea não são sistematizados para reorientar diagnóstico situacional e planejamento local; Número de funcionário insuficiente para a implantação efetiva do acolhimento e ainda efetuar as demais atividades que lhe competem no dia a dia”.	para garantir melhoria do acesso aos usuários e resolutividade das ações; Readequação do processo de trabalho de toda a equipe; Adequação de recursos humanos e processos de trabalho da equipe técnica, para implementação efetiva do acolhimento; Implantação de classificação de risco e vulnerabilidade na sala de acolhimento; Registro, monitoramento e análise dos dados do acolhimento/ urgência e emergência”.	período de implantação do acolhimento; Oficina central com equipe de enfermagem; Escala de rodízio dos ‘acolhedores do dia’; Determinação dos períodos de concentração da equipe para o acolhimento; Registro sistemático dos acolhedores nos prontuários de todos os usuários acolhidos; Adesão ao caderno de atenção básica nº 28; Agendamento qualificado; Orientação permanente das recepcionistas sobre o acolhimento; Determinação e uniformização dos dados a serem coletados; Registro diário das queixas da demanda espontânea; Sistematização e consolidação mensal dos dados; Análise das informações, diagnóstico situacional e planejamento baseado em evidências clínicas e epidemiológicas”.	
B4.5	Atenção Integral à Saúde	“A equipe realiza palestras, no dia da coleta de PPN em horário diferenciado”.	“Orientar as mulheres quanto a prevenção de CA de colo, mama e DST”.	“Convidar a população feminina para assistir às palestras sobre CA de colo uterino, mama e DST; Realizar a palestra nos dias de PPN após o horário comercial”.	“Equipe”.
B4.6	Atenção Integral à Saúde	“Reunir pequenos grupos em locais fora da unidade”.	“Reunir pequenos grupos da comunidade para orientação/esclarecimento de dúvidas sobre temas de saúde/doença à escolha da população”.	“Convite através das ACSs; Escolha dos locais por intermédio das ACSs e interesse da população”.	“Médico e ACS”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
B4.7	Atenção Integral à Saúde	“Prestar assistência de forma integral à pessoa idosa da área de abrangência”.	“Manter atualizados 90% do cadastro da população”.	“Atualizar o cadastro de todos os idosos da área de abrangência”.	“ACS.”
B4.8	Atenção Integral à Saúde	“Pacientes vulneráveis a risco (DST/HIV, usuárias de drogas) que se recusam a fazer anticoncepção”.	“Busca ativa dos pacientes vulneráveis, orientação e conscientização da importância da anticoncepção”.	“Fazer levantamento das pacientes vulneráveis a risco, portadoras de DST/HIV e usuárias de drogas que não fazem ou se recusam a fazer anticoncepção; Fazer PTS para cada uma”..	“Equipe”.
B4.9	Atenção Integral à Saúde	“A equipe realiza monitoramento dos exames de PPN (preventivo de câncer de colo de útero) e MMG (mamografia) realizados”.	“Que a equipe seja capaz de monitorar e acompanhar 90% das mulheres entre 18 e 59 anos que residem na área de abrangência”.	“Fazer levantamento com o nome, microárea, de todas as mulheres de 18 a 59 anos residentes na área de abrangência; Levantar data do último exame de PPN e MMG realizados; Realizar coleta de PPN e solicitar MMG em horário diferenciado após horário comercial”.	“Equipe”.
B4.10	Atenção Integral à Saúde	“Que a equipe de SF ofereça acolhimento dos usuários de seu território”.	“Acolher 90% dos usuários de forma humanizada e resoluta”.	“Qualificar a equipe da unidade de saúde da família; Planejar agenda dos profissionais; Garantir acesso do usuário na unidade; Acolher todo usuário que chega na unidade”.	“Equipe de saúde e departamento de saúde (apoio)”.
B5.1	Atenção Integral à Saúde	“Que a equipe de AB ofereça acolhimento de qualidade a todos os usuários do território”.	“Acolher 90% dos usuários de forma humanizada e resolutiva”.	“Qualificar a equipe da unidade; Planejar agenda dos profissionais; Acolher todo usuário que chega à unidade”.	“Equipe de saúde e departamento de saúde (apoio)”.
B5.2	Atenção Integral à Saúde	“A equipe incentiva, mas não desenvolve nenhuma atividade física no território”.	“Oferecer atividade física para 80% dos DM e HAS do território”.	“Montar um grupo de caminhada no bairro, voltado para os clientes com HAS e DM”.	“Equipe”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
B5.3	Atenção Integral à Saúde	“Que a equipe de AB ofereça acolhimento a todos os usuários de seu território”.	“Acolher todos os usuários de forma humanizada e resolutive”.	“Qualificar a equipe da unidade; Planejar agenda dos profissionais; Garantir acesso do usuário na unidade; Acolher todo usuário que chega à unidade”.	“Equipe”.
B5.4	Atenção Integral à Saúde	“A equipe não realiza monitoramento dos exames de PPN e MMG realizados”.	“Que a equipe seja capaz de monitorar e acompanhar 80% das mulheres entre 18 e 59 anos que residem na área de abrangência”.	“Realizar levantamento com o nome, microárea, de todas as mulheres de 18 a 59 anos residentes na área de abrangência; Levantar data do último exame de PPN e MMG realizados”.	“Equipe”.
B5.5	Atenção Integral à Saúde	“Prestar assistência de forma integral à pessoa idosa da área de abrangência”.	“Manter atualizado o cadastro da população idosa”.	“Atualizar o cadastro de todos os idosos da área de abrangência”.	“ACS”.
B5.6	Atenção Integral à Saúde	“Falta de acompanhamento para as pessoas com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)”.	“Aumentar os cuidados com as pessoas que tenham DPOC”.	“Uma vaga exclusiva na agenda dos médicos clínicos gerais para os portadores de DPOC; Atividades educativas; Dar prioridade durante as visitas domiciliares às pessoas com DPOC”.	“Equipe”.
B5.7	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Falta de participação da comunidade”.	“Aumentar a participação da população nas tomadas de decisões, no planejamento das ações e nos resultados alcançados”.	“ Convidar a população para participar das reuniões de equipe.	“Equipe”.
B5.8	Atenção Integral à Saúde	“Falta de conscientização da população sobre o correto descarte do lixo reciclável, do óleo de cozinha etc.”.	“Conscientizar a população sobre a importância da preservação do meio ambiente através do descarte correto do lixo reciclável e do óleo de cozinha”.	“Distribuição de panfletos; atividades educativas”.	“Equipe”.

6.3 Município C

6.3.1 Caracterização do Município e da rede de Assistência à Saúde

O Município C possui 202 Km², tem população de 8.609 habitantes (2010), sendo 49,3% do sexo masculino. De acordo com dados de 2010, apresentou o maior Índice de Envelhecimento (84,85) do DRS Araraquara (64,00), a menor Taxa de Natalidade (10,34) e a maior queda da Taxa entre os anos de 2000 e 2010 (4,65), em comparação com os demais municípios individualmente, e com a média da queda da RC no mesmo período (3,71). Em 2010, o PIB per capita foi de R\$10.919,94, enquanto a média da RC foi de R\$18.718,12. Possui taxa de analfabetismo de 7,8, acima da média da RC (6,51) (SÃO PAULO, 2012).

O Percentual de Internações por Condições Sensíveis à AB apresentou queda do ano de 2010 (20,59) para 2011 (12,14). Este último foi o menor percentual em comparação com a RC (20,28) e o Estado (15,94). Apresentou uma das maiores Taxas de Internação por fratura de fêmur em maiores de 60 anos (36,58), comparado à menor taxa apresentada pelo município B (12,16), e a maior pelo município de D (41,27). Em 2010, apresentou Taxa de cesariana de 86,52, enquanto a média da RC foi de 71,59 (SÃO PAULO, 2012).

Em relação aos equipamentos de saúde, possui 02 UBS com PACS e 01 UBS com especialidades (neurologia, otorrinolaringologia e oftalmologia); destas, duas aderiram ao PMAQ. As três unidades apresentam área de abrangência definida e atendem à demanda espontânea e programática. Todas estão com equipe completa e 80% dos trabalhadores têm vínculo empregatício efetivo. Os atendimentos de urgência são encaminhados para o PA. Quanto às áreas programáticas, referem-se a ações em relação à atenção à saúde da criança, idoso, adolescente, adulto, mulher e saúde bucal. Uma das unidades realiza ações de Saúde Mental, e não há CLS (SÃO PAULO, 2012).

Acerca da gestão, a AB é tida como prioridade nos planos de saúde, não apresenta coordenador de AB, nem gerências formalizadas nas unidades. Afirma existência de vazios assistenciais relacionados ao acesso à atenção básica pela distância e fragilidade no transporte público, e também de demanda reprimida, que “[...] deve-se à falta de oferta assistencial, pouca resolubilidade na atenção básica e a fragilidade no acolhimento, fazendo com que a demanda espontânea busque atendimento nas unidades de Pronto Atendimento” (SÃO PAULO, 2012, p. 84).

6.3.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 5 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município C.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
C1.1	Infraestrutura e Equipamentos	“Dificuldade para aquisição de material”.	“Oferecer assistência em primeiros socorros”.	“Intervir junto ao gestor para aquisição do material”.	“Equipe e gestores”.
C1.2	Infraestrutura e Equipamentos	“Aquisição de materiais”.	“Facilitar a qualidade no trabalho”.	“Solicitar material junto à gestão”.	“Gestor da unidade e gestor municipal”.
C1.3	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	“A falta de EPI pode causar riscos capazes de ameaçar a segurança e saúde do trabalhador”.	“Manter uma equipe segura”.	“Solicitar material junto à gestão”.	“Gestor e equipe”.
C1.4	Educação Permanente	“Falta de curso de capacitação para desenvolver novas competências e atividades”.	“Gestão disponibilizar capacitação/cursos para a equipe”.	“Solicitação junto à gestão”.	“Gestor da unidade e gestor municipal”.
C1.5	Educação Permanente	“Necessidade de equipe de apoio para resolutividade das ações em saúde”.	“Aderir ao tele saúde e contratação de equipe especializada para apoio matricial”.	“Solicitar aos gestores municipais a adesão ao tele saúde e contratação de equipe de apoio matricial”.	“Gestão municipal”.
C1.6	Organização do Processo de Trabalho	“Falta de continuidade do cuidado devido à sobrecarga da equipe”.	“Oferecer cuidado continuado aos usuários”.	“Desenvolver documento para registro”.	“Equipe”.
C1.7	Organização do Processo de Trabalho	“Autorização da gestão para fechamento da unidade”.	“Envolver a equipe para a discussão de casos na área de abrangência”.	“Reunião com a equipe duas vezes ao mês”.	“Equipe”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
C1.8	Atenção Integral à Saúde	“Falta de atendimento especializado (pediátrico) na unidade”.	“Efetivo acompanhamento e definição de prioridades em atividades de risco”.	“Ter acesso a prontuários e situação de crianças atendidas em outras unidades”.	“Gestor, PSF”.
C2.1	Infraestrutura e Equipamentos	“Infraestrutura e equipamentos inadequados”.	“Construção de uma nova unidade com estrutura e equipamentos adequados”.	“Proposta de construção da USF”.	“Prefeitura municipal e Secretaria Municipal de Saúde”.
C2.2	Atenção Integral à Saúde	“Não acompanhamento das crianças até 9 anos. Ex: pediatria”.	“Acompanhamento das crianças até 9 anos”.	“Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças”.	“Equipe de saúde”.
C2.3	Atenção Integral à Saúde	“Gestão de casos complexos”.	“Fazer PTS para os casos complexos”.	“Busca ativa de casos complexos”.	“Equipe de saúde”.
C2.4	Atenção Integral à Saúde	“Falta de ações para atenção de usuários de álcool e drogas”.	“Atenção a usuários de álcool e drogas”.	“Identificação dos usuários de álcool e drogas; Orientar quanto aos riscos do uso do álcool e drogas; Aplicação do AUDIT”.	“Equipe de saúde, psicóloga e assistente social”.
C2.5	Atenção Integral à Saúde	“Não há grupos”.	“Realizar grupos terapêuticos”.	“Analisar o território para avaliar o mais necessário”.	“Equipe multiprofissional”.

6.4 Município D

6.4.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde

O município D detinha, em 2010, população de 31.056 habitantes, sem disparidades entre sexo masculino e feminino, e possui três assentamentos rurais com 143 famílias cadastradas. Comparando os anos de 2000 a 2010, apresentou queda de 3,63 na taxa de natalidade, semelhante aos dados da Região Coração (3,71). Em 2010, o índice de envelhecimento foi de 72,08, maior do que o do Estado (53,85) no mesmo período. Conta com IDH de 0,82 e PIB per capita de R\$ 20.306,48, um dos mais altos da RC, abaixo apenas do Município D (R\$ 20.519,04). Entre os municípios analisados, apresentou uma das menores taxa de analfabetismo (5,5), de incidência de AIDS (3,22), e o menor Coeficiente de Mortalidade Infantil 2,86, comparado a 8,21 da RC (SÃO PAULO, 2012).

Possui 7 Unidades de Saúde, sendo 1 UBS com PACS e 6 com ESB. Todas possuem área de abrangência definida, atendem demanda espontânea programática e de urgência. Nenhuma possui ação em Saúde Mental, as quais encaminham os casos para o CAPS. Dos trabalhadores de saúde, 38,74% possuem vínculo empregatício efetivo. A AB é prioridade nos planos de saúde, possui coordenador de AB e não há gerências formalizadas nas unidades. Afirma haver vazios assistenciais, relacionados à questão de acesso devido à distância e à fragilidade no transporte público, principalmente nas áreas rurais. Ademais, nega existência de demanda reprimida (SÃO PAULO, 2012).

6.4.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 6 – A identificação da subdimensão (AMAQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município D.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
D1.1	Atenção Integral à Saúde	“Observar e esclarecer comportamentos culturalmente determinados e identificar determinantes socioeconômicos”.	“Introduzir um trabalho voltado à violência e promoção da paz”.	“Palestras, reuniões e teatros”.	“Técnico enf., ACS, e psicóloga”.
D1.2	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Ampliar a compreensão sobre a qualidade de vida da população”.	“Fortalecer o vínculo com a população sobre a realidade de vida”.	“Aumentar o vínculo da população a fim de que os indivíduos mostrem a realidade através da crítica reflexiva”.	“Enfermeiro, Dentista e Assistente Administrativo”.
D1.3	Atenção Integral à Saúde	“Ações educativas sanitárias, ambientais e ecológicas”.	“Que a população conheça, através de ações educativas, os riscos que afetam o processo de saúde”,	“Palestras e teatro”.	“ACSs”.
D1.4	Atenção Integral à Saúde	“Introduzir um trabalho voltado à população masculina”.	“Conscientizar / implementar a saúde do homem”.	“Palestras voltadas à saúde do homem; Busca ativa para realizar exame de PSA”.	“ACS, e Assistente administrativo”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
D1.5	Atenção Integral à Saúde	“Não acompanhamento e conscientização da equipe e de pais sobre a caderneta da criança como documento”.	“Acompanhar o desenvolvimento da criança”.	“Solicitar a caderneta em todo acompanhamento: consultas médicas, visita domiciliar, consulta odontológica”.	“ACS, enfermeiro, assistente. Administrativo e médico”.
D3.1	Infraestrutura e Equipamentos	“Falha no controle e monitoramento da farmácia”.	“Manter controle do estoque adequado”.	“Conferir lista dos medicamentos enviados; Contagem do estoque no dia da chegada dos medicamentos; Contagem das medicações recebidas”.	“Técnicas de enfermagem; enfermeira”.
D4.1	Atenção Integral à Saúde	“Avaliar o processo de trabalho e a necessidade de intensificar as ações de busca ativa, promoção e prevenção”.	“Realizar acompanhamento das crianças na puericultura e aumentar o índice de imunização no território”.	“Organizar e treinar a equipe; Acompanhar a puericultura; Divulgar e orientar; utilizar protocolo de puericultura”.	“Enfermeira, médico e ACS”.
D5.1	Atenção Integral à Saúde	“Equipe não desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco”.	“Realizar ações voltadas a esses usuários”.	“Fazer um grupo de tabaco fora da unidade com médicos, enfermeira e dentista, sobre o tabaco; Confeccionar cartazes e afixá-los na unidade falando sobre o tabaco; Fazer cartazes com fotos que chamem atenção (mostrando malefícios do tabaco) e colocar na unidade; Fazer ofício para secretaria solicitando autorização para realizar palestras nas escolas”.	“Médico, dentista, enfermeiro e ACS”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
D5.2	Atenção Integral à Saúde	“A equipe realiza palestras sobre sexualidade nas escolas, mas não desenvolve ações/ atividades na unidade”.	“Desenvolver atividades abordando sexualidade e prevenção de DSTs”.	“Deixar preservativos nos consultórios para entregar aos pacientes; Disponibilizar preservativos na entrada dos consultórios; Identificar pontos de prostituição para entregar preservativos; Durante os grupos, por exemplo HAS / DM, falar sobre sexualidade; Fazer busca ativa dos não vacinados contra hepatite B”.	“Médico e ACS”
D5.3	Atenção Integral à Saúde	“Os membros da equipe não solicitam a caderneta da criança em todos os atendimentos, somente no dia da vacina e na visita domiciliar de puerpério”.	“Que todos os membros da equipe solicitem a caderneta nos atendimentos à criança”.	“Colocar informativos nas unidades solicitando a caderneta das crianças em todos os atendimentos; Orientação das ACS nas visitas de puerpério; Dentista solicitar a caderneta na primeira consulta odontológica; Fazer parceria com as creches e CEMEI para orientação”.	“Assistente administrativo, dentista, ACS, Aux. enfermagem”.
D6.1	Atenção Integral à Saúde	“Acompanhamento do sistema SISVAN; ficha da criança; Planilhas de acompanhamento de 5 a 9 anos”.	“Manter o sistema SISVAN atualizado / fichas das crianças”.	“Realização de uma planilha para acompanhamento de crianças de 5 a 9 anos; Acompanhamento da alimentação do programa SISVAN; Ficha B crianças”.	“Aux. de enfermagem”.
D6.2	Atenção Integral à Saúde	“Não há ações periódicas sobre planejamento familiar”.	“Que os usuários tenham conhecimento sobre métodos contraceptivos”.	“Realização de roda de conversa no (nome do evento)”.	“Enfermeira e ACS”.
D6.3	Atenção Integral à Saúde	“Não há ações periódicas sobre saúde sexual”.	“Que os usuários tenham conhecimento sobre DST / AIDS”.	“Realização de rodas de conversa no (nome do evento)”.	“Enfermeira e ACS”.

6.5 Município E

6.5.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde

O município de E é o maior da RC, com área de 1132 Km². Segundo o Censo de 2010 (IBGE), a população residente é de 221.950 habitantes, distribuídos na zona urbana e em um assentamento rural, com 70 famílias cadastradas. Não apresenta disparidades quantitativas entre o sexo masculino e feminino.

Em 2010, teve Índice de Envelhecimento de 66,56, com 28.696 idosos (12,9% da população), Taxa de Natalidade de 12,71, com 2.820 nascidos vivos, e a menor Taxa de Analfabetismo (3,7) em comparação com a menor e a maior taxa entre os municípios da RC para o mesmo período (5,5 e 9,5 respectivamente). Em 2009, teve o maior PIB per capita (R\$20.519,04) em comparação com a média da RC (R\$18.718,12) (SÃO PAULO, 2012).

O Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em 2010 (21,41) apresentou índice semelhante ao de 2000, (21,45). Em 2011, foram internadas por AVC 93.251 pessoas de 30 a 59 anos. Apresentou, em 2010, o menor percentual de crianças nascidas de mães menores de 20 anos (12,98) em comparação com a RC (15,75), o que corresponde a 2820 mães. A taxa de cesárea no município, compreendendo assistência particular e pública, foi de 72,06, pouco acima da médica da RC (71,59); no SUS, a taxa foi de 56,55, valor abaixo do apresentado pela RC (59,40). A Porcentagem de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal foi de 88,19, similar à apresentada pela RC e acima da apresentada pela DRS (83,66) (SÃO PAULO, 2012).

Apresenta a maior Taxa de incidência de AIDS em adulto (18,04) em comparação com a RC e a DRS (13,04 e 13,16, respectivamente), o que corresponde a 40 casos. O coeficiente de mortalidade infantil foi de 7,45, abaixo do apresentado pela RC 8,21. A média anual de consulta média por habitante foi de 0,91 (SÃO PAULO, 2012).

Quanto aos equipamentos de saúde, o município possui 05 UBSs tradicionais, 1 USF sem ESB, 16 com ESBs, 6 UBSs com especialidades e 01 UBS com PA 24 horas. Todas as unidades possuem área de abrangência definida e atendem a demanda espontânea, programática e de urgência. Quanto às áreas programáticas, todas as unidades atendem à Saúde da criança, adulto, idoso e mental, duas unidades não oferecem atendimento de saúde bucal, e a saúde do adolescente está em fase de implantação no município. Todas as unidades

possuem autonomia para o agendamento de exames, especialidades ou regular para demais níveis de assistência. Quanto ao vínculo empregatício, 91,68% (540) dos trabalhadores da saúde são efetivos (SÃO PAULO, 2012).

A rede assistencial conta também com 1 NASF, 2 CAPS (II e Ad) e 1 CEO. Para o atendimento de urgência, conta com 1 SAMU e 1 UPA e 2 PAs hospitalares. O município é a referência em média e alta complexidade para a região nas especialidades de cardiologia, ortopedia, oncologia, neurologia e Terapia renal substitutiva, abrigando ainda uma Maternidade de Alto Risco. Em 2011, apresentou percentual de 35,80% de beneficiários de saúde suplementar, e a cobertura por ESF foi de 22,98% (SÃO PAULO, 2012).

Quanto à gestão da AB, o município afirma priorizá-la nos planos de saúde, possui coordenador de AB e gerências formalizadas nas unidades de saúde. Reconhece haver vazios assistenciais, e nega demanda reprimida (SÃO PAULO, 2012).

6.5.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 7 – A identificação da subdimensão (AM AQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município E.

MI	S. AM AQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
E1.1	Atenção integral à Saúde	“Falha ao avaliar a demanda espontânea; Falta de controle dos encaminhamentos”.	“Elaborar fichas e passar para os ACSs”.	“Elaborar tabela de demanda espontânea; Elaborar tabela dos exames encaminhados”.	“Médico, auxiliar de enfermagem e ACS”.
E2.1	Organização do Processo de Trabalho	“É uma meta que se perde sempre em meio a tantas outras consideradas não menos importantes”.	“Realizar monitoramento e análise dos dados de forma rotineira”.	“Ler pauta de reunião de equipe toda 1ª quinta-feira do mês; Ler pauta de reunião dos ACS, toda reunião do mês; Ler pauta das reuniões do Conselho Gestor”.	“Equipe”.
E3.1	Organização do Processo de Trabalho	“Falta de organização de fluxo e falta de contrarreferência dos serviços”.	“Organizar fluxo para otimizar o serviço e proporcionar um melhor cuidado para os usuários (em tempo oportuno)”.	“Organização dos fluxos; Visitas domiciliares direcionadas para os pacientes encaminhados a outros serviços; Combinar com todos os integrantes da equipe que se comprometam em cobrar o retorno dos encaminhamentos”.	“Equipe”.
E3.2	Atenção Integral à Saúde	“A equipe realiza de forma pontual e quando solicitadas as ações na escola”.	“Realizar de forma sistemática as ações preconizadas pelo PSE”.	“Realizar atividades de promoção e prevenção levantadas pela escola e USF; Participação da reunião de pais”.	“Equipe”.
E4.1	Organização do Processo de trabalho	“Dificuldade em planejar ações por prioridade”.	“Direcionar ações para enfrentamento dos problemas de saúde mais frequentes”.	“Atualização dos cadastros; Implantação de sistema de informação acessível pela equipe para avaliação mês a mês; Envolver Conselho Gestor Local representando a população no planejamento”.	“Gestão da SMS e equipe”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
E5.1	Atenção Integral à Saúde	“Ausência de rampa de acesso as salas e consultórios para as pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida”.	“Construção de uma rampa de acesso”.	“Sensibilização da gestão para a construção de uma rampa de acesso às salas e aos consultórios; Discussão entre equipe e gestão sobre a necessidade da construção da rampa aos pacientes com deficiências”.	“Equipe e gestão”.
E5.2	Atenção Integral à Saúde	“Dificuldade de acompanhar crianças até 9 anos”.	“Envolver a equipe, sensibilizando-a sobre a necessidade de cuidado as crianças até 9 anos”.	“Conhecimento do perfil epidemiológico das crianças até 9 anos; Verificar se todas estão sendo acompanhadas pela equipe; Utilizar os espaços da unidade para capacitação da equipe”.	“Equipe”.
E5.3	Atenção Integral à Saúde	“A equipe quase não desenvolve ações de saúde práticas pela PNPIC ⁸ ”.	“Desenvolver ações de saúde práticas definidas pela PNPIC”.	“Realizar o levantamento de pacientes que possuam conhecimento de plantas medicinais ou outras práticas terapêuticas”.	“Equipe”.
E6.1	Atenção Integral à Saúde	“Falta de adesão e de informações das gestantes”.	“Participação das gestantes em atividades coletivas”.	“Agendamento de consultas coletivas, paralelas ao grupo; Confecção de caixa e atualização das fichas da gestante; Motivação das ACS com relação à importância do grupo”.	“Dentista, enfermeira, assist. social, ACS”.
E7.1	Atenção Integral à Saúde	“Hoje só temos o grupo de gestante, artesanato e caminhada”.	“Criar grupos de convivência, adolescente e hiperdia, e fortalecer os existentes”.	“Garantir horário na agenda para os grupos; Orientar a população sobre o objetivo e importância do grupo; Divulgar os grupos”.	“Equipe”.
E7.2	Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário	“Hoje não temos reunião com a comunidade, sequer grupo gestor”.	“Manter reunião com a comunidade, pelo menos 1 vez por mês”.	“Garantir horário na agenda, convidar todos os usuários, principalmente os líderes”.	“Enfermeiro e ACS”.

⁸ PNPIC: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
E7.3	Atenção Integral à Saúde	“Temos muita urgência no território e nem todos os membros da equipe realizam atendimento de urgência”.	“Treinar toda a equipe para atendimento de urgência e emergência”.	“Retomar a discussão sobre primeiros socorros e RCP na reunião de equipe”.	“Médico e enfermeiro”.
E7.4	Atenção integral à Saúde	“Esse problema (o lixo) foi encontrado pelos alunos no Programa de Saúde na Escola”.	“Realizar discussão com a comunidade sobre a saúde ambiental”.	“Realizar discussão sobre o lixo em sala de espera; Pedir ajuda aos distritos sanitários do meio ambiente; Grupo com as crianças sobre o lixo”.	“ACS, Equipe”.
E8.1	Atenção integral à Saúde	“Ausência de consolidado mensal e de um sistema de informação em saúde acessível, manuseável por um usuário comum”.	“Implementação de sistema operacional, sistematização de avaliação de ações e resultados”.	“Sensibilização da gestão para a implementação de toda a infraestrutura em informática; Instalação em toda a rede do E-SUS; Capacitação dos trabalhadores da ESF; Implantação de rotina mensal”.	“Equipe e gestores”.
E9.1	Organização do processo de trabalho	“Falta ficha de rosto nos prontuários dos pacientes”.	“Elaboração de fichas de rosto”.	“Criação de ficha de rosto; fotocópia das fichas;”.	“Equipe”
E9.2	Organização do processo de trabalho	“Fazer roda de conversa, busca ativa, falta avaliar demanda espontânea, falta controle dos encaminhados”.	“Elaborar ficha e passar para ACS”.	“Elaborar ficha de busca ativa; elaborar tabela de demanda espontânea; Elaborar tabela dos exames encaminhados”.	“Médico e ACS”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
E9.3	Infraestrutura e equipamentos	“Sem adequação na unidade”.	“Equipamentos para adequação e melhor acessibilidade para dependentes”.	“Cadeira de rodas; Barras nos banheiros; Corrimão na rampa”.	“Manutenção”
E9.4	Infraestrutura e equipamentos	“Equipamentos e materiais”.	“Adequação da quantidade de compras”.	“Papeleiras; Sabonete líquido; Cestos com pedal e tampa”.	(Nomes).
E10.1	Organização do processo de trabalho	“Acompanhamento dinâmico do território e identificação epidemiológica para planejamento de ações prioritárias”.	“Organizar agenda, grupos e visitas”.	“Levantamento epidemiológico”.	“ACS”.
E11.1	Atenção Integral à Saúde	“Organização das linhas de cuidado”.	“Facilitar o acesso; Atendimento resolutivo; Metas para aumentar puericultura; Aumentar espaços de discussões; Saúde do homem; Formar grupos”	“Organizar agenda de puericultura; Organizar grupos para sistematizar consultas domiciliares”.	“ACS, médico e enfermeiro”.
E12.1	Atenção Integral à Saúde	“Falta de diagnóstico das necessidades da população”.	“Realizar diagnóstico das necessidades de saúde da população”.	“Levantar dados atualizados; Planejar as ações mediante os levantamentos; Epidemiologia”.	“Equipe”.
E12.2	Atenção Integral à Saúde	“Falta de organização dos dados”.	“Discutir nos eventos sentinela, óbitos, internações sensíveis à AB”.	“Maior vigilância dos óbitos e internações; Compartilhamento mais preciso com os especialistas; Discussões aprofundadas”.	“Equipe e gestão”.

MI	S. AMAQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
E12.3	Atenção Integral à Saúde	“Falta de projetos terapêuticos singulares”.	“Construir projetos terapêuticos singulares com base em critérios de risco e vulnerabilidade”.	“Conhecer os pacientes e grupos de risco vulneráveis; Conhecer a realidade local; Confecção dos projetos terapêuticos singulares, baseado em critérios de risco e vulnerabilidade”.	“Equipe”.
E12.4	Atenção Integral à Saúde	“Falta de uma agenda que permita atividades preventivas e curativas”.	“Construir uma agenda em equipe capaz de garantir não somente acesso às consultas”.	“Ampliar o cuidado; Integralidade”.	“Equipe”.
E13.1	Atenção Integral à Saúde	“Realiza as ações na escola de forma pontual e quando solicitado”.	“Realizar de forma sistemática as ações preconizadas pelo PSE”.	“Realizar ações de promoção e prevenção levantadas pela escola e PSE; Participar das reuniões de pais”.	“Equipe”.

6.6 Município F

6.6.1 Caracterização do Município e da Rede de Assistência à Saúde

De acordo com os dados do Censo 2010 (IBGE), o município detinha 12.135 habitantes, sem disparidades entre o sexo feminino e masculino. Teve a maior Taxa de natalidade (16,23) em relação à média da RC (12,40), seu Índice de Envelhecimento era de 52,04, abaixo dos valores apresentados pela RC (63,08), e a taxa de analfabetismo, de 9,5, foi a maior em relação a todos os municípios da RC, que varia entre 3,7 no município E e 7,8 no C (SÃO PAULO, 2012).

Em 2010, o percentual de internações por condições sensíveis à AB foi de 21,23, acima do apresentado pela média da RC (20,28) e do Estado de São Paulo (15,94). Apresentou, também, o maior índice de mortalidade infantil, se comparado à média da RC (15,23 e 8,21 respectivamente) (SÃO PAULO, 2012).

Quanto à capacidade instalada da AB, o município possui 04 USFs com ESB, todas com área de abrangência definida e atendimentos à demanda programática, espontânea e de urgência, e possui um Centro de Especialidades.

Em relação às áreas programáticas, dispõe de ações referentes à Saúde da Criança, Adolescente, Mulher, Adulto, Idoso e Saúde Bucal, e apresentou a menor taxa de beneficiários de saúde suplementar da RC (13,59 e 33,98, respectivamente) (SÃO PAULO, 2012).

No concernente ao vínculo profissional, apresenta 100% (65) dos trabalhadores da saúde com contratações por meio de entidades filantrópicas. Quanto à gestão, a AB é prioridade nos planos de saúde, possui coordenador da AB, mas não conta com gerências formalizadas nas unidades de saúde. Afirma ter vazios assistenciais relacionados à dificuldade do acesso ao AB pela distância e pela fragilidade no transporte público, e, por fim, nega haver demanda reprimida (SÃO PAULO, 2012).

6.6.2 Matrizes de Intervenção

Quadro 8 – A identificação da subdimensão (AM AQ), os problemas, objetivos, estratégias e responsáveis nas Matrizes de Intervenção das equipes do Município F.

MI	S. AM AQ	Problemas	Objetivos	Estratégias	Responsáveis
F1.1	Organização do processo de trabalho	“Canais de comunicação com os funcionários”.	“Desenvolver ações com os funcionários”.	“Reunião de equipe; Interação, comunicação; Visitas rurais mensais na sua totalidade; Elaboração de agendas da Hiperdia e Puericultura”.	“Equipe, gestora (compra do material)”.
F1.2	Atenção Integral à Saúde	“Canais de comunicação com os usuários”.	“Desenvolver ações com usuários do sexo masculino”.	“Sensibilização da população masculina através de panfleto; Busca ativa”.	“Equipe”.

7 DISCUSSÃO

A partir dos preceitos de Cellard (2012), a discussão dos dados da pesquisa foi realizada em dois eixos.

O **primeiro eixo** corresponde à “Análise Crítica do Documento”, no qual as MIs foram analisadas em relação ao contexto de sua construção, autoria, autenticidade e confiabilidade do texto, natureza, conceitos-chave e lógica interna do texto. As discussões desse primeiro eixo foram realizadas no capítulo **Análise preliminar: exame e crítica do documento Matriz de Intervenção**, que contextualiza alguns aspectos inerentes às Matrizes de Intervenção enquanto documento.

O **segundo eixo** compreende a “Análise do Conteúdo Textual das MIs”, especificamente acerca dos problemas e das estratégias que as equipes elencaram e que consideramos ter relação com o acolhimento na ESF. A discussão desse eixo se desdobrou em três temas: **Acolhimento: os problemas priorizados pelas equipes nas Matrizes de Intervenção**; **Acolhimento: as estratégias elencadas pelas equipes nas Matrizes de Intervenção**; e **A concepção do acolhimento nas Matrizes de Intervenção**.

EIXO 1

7.1 Análise Crítica do Documento

7.1.1 Análise preliminar: exame e crítica do documento Matriz de Intervenção

O PMAQ é destinado às várias modalidades de equipes de AB (NASF, CEO, UBS, ESF etc.), desse modo, é previsto que a participação dos trabalhadores nos processos autoavaliativos sugeridos pelo instrumento AMAQ ocorra de acordo com o tipo de unidade de saúde. No nosso caso, por se tratar de unidades de ESF, em tese os trabalhadores que participaram da elaboração das MIs foram os que, naquele momento, compunham a(s) equipe(s) daquelas unidades.

Mencionamos “em tese” porque as matrizes não especificaram quem são esses trabalhadores. Por mais que definiram os profissionais responsáveis pelas estratégias planejadas, por esse critério não podemos afirmar que eles mesmos estavam presentes nos momentos avaliativos.

Uma indicação de autoria nas MIs de duas equipes do município A foi a identificação do enfermeiro pela assinatura e carimbo. Seis matrizes apresentavam o carimbo e assinatura do enfermeiro.

O COREN – SP, um dos órgãos de classe que tem como missão fiscalizar e disciplinar o exercício profissional da enfermagem, afirma em portaria que “Todo documento particular, caso da documentação de enfermagem, para ser considerado autêntico e válido, deverá estar legalmente constituído, ou seja, possuir assinatura do **autor** do registro” (COREN-SP, 2011 p. 1, grifo nosso).

Considerando serem o carimbo e a assinatura recomendados para indicar autoria em um documento, ficam algumas questões: em que medida essas MIs foram construídas a partir de processos reflexivos conjuntos entre os trabalhadores das equipes de saúde, conforme recomenda o instrumento AMAQ? O carimbo e a assinatura estão sendo usados de forma incorreta, indicando autoria única para documentos construídos em equipe?

Apesar de se tratar de MIs do município A, em todos os demais da RC, quando do contato para a produção de dados, o enfermeiro foi o profissional indicado, majoritariamente,

para falar sobre o PMAQ, especificamente em 38 das 41 unidades de saúde contatadas. Os outros profissionais indicados foram dois dentistas e um médico.

O lugar de “líder” tem sido ocupado pelos enfermeiros nas instituições de saúde, em especial nos estabelecimentos de AB. Esse profissional tem acumulado para si questões relacionadas à prática clínica, à gestão (na garantia das condições materiais para a produção do cuidado) e ao planejamento das ações, ocupando, inclusive, esse lugar em relação ao acolhimento ao usuário (FORTUNA, 2016). Essa sobreposição de atividades tem ocorrido apesar das normativas elencarem várias delas enquanto atribuição comum a outros profissionais da equipe (SPAGNUOLO et al., 2012). Na RC, por exemplo, com exceção do município E, a gerência das unidades é exercida informalmente pelos enfermeiros, e não consta do organograma das secretarias de saúde (SÃO PAULO, 2012).

Desse modo, inferimos que o processo autoavaliativo pode estar sendo “liderado” pelos enfermeiros, reiterando essa “gestão informal”, sem que também seja alvo de reflexões.

A questão da participação na autoavaliação do PMAQ também foi observada por Piancastelli (2015). Ao realizar análise acerca do conhecimento dos padrões de qualidade da autoavaliação em sete equipes de ESF de municípios do Estado de São Paulo, encontrou que mais de 50% dos profissionais, de um total 76, afirmaram conhecer parcialmente ou não conhecer os padrões de qualidade da autoavaliação. Quando estratificado por profissão, 15,4% dos médicos de um total de 39 relataram desconhecer os padrões, fato que não ocorreu com nenhum enfermeiro.

Os resultados encontrados por Piancastelli (2015) levam-nos a pensar sobre como foi a construção das MIs nos municípios A e B nos quais, respectivamente, 10 (47,6%) e 8 (36,3%) MIs de diferentes unidades de saúde apresentaram o conteúdo textual praticamente idêntico.

Nessas MIs, os problemas priorizados condizem com o conteúdo dos padrões de qualidade do instrumento AMAQ, portanto possíveis de serem identificados em qualquer unidade que tivesse aderido ao programa. Porém é a similaridade da escrita do texto que chama atenção.

Ausência de acompanhamento e avaliação do risco nutricional de escolares do território de abrangência e de orientação nutricional dentro da escola (A2.3)

Falta de acompanhamento e dados para avaliação do risco nutricional de escolares pertencentes à área de abrangência e ausência de orientação nutricional dentro da escola (A5.7).

Falta de acompanhamento e dados para avaliação do risco nutricional de escolares pertencentes à área de abrangência e ausência de orientação nutricional dentro da escola (A6.3).

A equipe realiza monitoramento dos exames de citologia oncológica e mamografia realizados (B1.1).

A equipe realiza monitoramento dos exames de PPN e MMG realizados (B4.9).

A equipe não realiza monitoramento dos exames de PPN e MMG realizados (B5.4).

Como pessoas diferentes, de equipes de saúde diferentes, poderiam escrever de forma praticamente idêntica propostas de intervenção para realidades territoriais distintas?

Neste estudo, em função de a fonte de dados não nos permitir afirmar sobre a autoria das matrizes e por elas terem sido apresentadas a nós enquanto construção das equipes, consideraremos como autores os trabalhadores dessas equipes de saúde. Salientamos, porém, que o modo de realização das autoavaliações (inclusive em relação à autoria e construção das MIs) pode vir a constituir como elemento fundamental na implementação do PMAQ e importante a ser analisado em outros estudos.

Para Cellard (2012, p. 300), a importância de elucidar a identidade do autor é porque ela possibilita “avaliar melhor a credibilidade de um texto, a interpretação que é dada de alguns fatos, a tomada de posição que transparece de uma descrição, e as deformações que puderam sobreviver na reconstituição de um acontecimento”. O autor também fala sobre a importância da análise da “autenticidade e confiabilidade do texto”, compreendendo a procedência do documento, a relação do descrito com a pessoa que escreveu, com o tempo decorrido entre o fato e a sua descrição, se poderiam ter ocorrido enganos na interpretação, se o autor presenciou o fato ou descreveu um fato contado por outra pessoa etc.

As premissas de análise de Cellard (2012) certamente guardam relação com a criminologia, uma das linhas de pesquisa dele na universidade de Ottawa, no Canadá. Na análise das MIs, consideramos toda documentação construída pelas equipes como crível, confiável e autêntica; dos demais pontos por ele elencados, fazemos um paralelo com a análise de implicação do referencial da AI, no sentido da explicitação da não neutralidade da escrita (FORTUNA et al., 2014).

Nesse sentido, consideramos a escrita como uma instituição, e, assim, deixamos explícito que ela também impõe lógicas de regulação. A partir da lógica instituída, a escrita tende a uma atividade intencional para se chegar a um determinado resultado, porém os sentidos que reverberam dela podem lhe dar um caráter instituinte, e o produto final é o trabalho de institucionalização (quase não intencional) do autor (SAMSON, 2013).

Nesse sentido, contanto que as instituições se atualizam, conformam e são conformadas pelo contexto e pelas relações que nele se produzem, a análise faz-se importante.

Cellard (2012) refere-se à análise do contexto como a análise da conjuntura global em que o documento foi produzido. Pela impossibilidade de o analisarmos globalmente, ater-nos-emos a pontos que tomamos como pertinentes nesse momento.

Consideramos que as MIs foram construídas pelas equipes de ESF em um contexto de implementação de uma cultura de avaliação na AB, fomentada pelo PMAQ. As MIs produzidas podem ser consideradas endereçadas à própria equipe, na retroalimentação dos processos autoavaliativos como elementos de gestão, e também às organizações responsáveis pela realização da Avaliação externa do PMAQ, na qual tais MIs são avaliadas enquanto documentos comprobatórios do planejamento de ações pelas equipes, requisito obrigatório para sua certificação (BRASIL, 2012c).

Aqui, fazemos uma relação entre a encomenda da escrita das matrizes e o repasse financeiro do MS para os municípios aderentes ao PMAQ. Lourau (1988 apud SAMSON, 2013) analisa a relação entre a produção acadêmica e o financiamento das pesquisas.

A escrita do relatório final de pesquisa, independente de sua forma: ou seja, a memória, o artigo, a dissertação, o livro a ser produzido [...]. As normas institucionais desses escritos a serem produzidos imperativamente vão, portanto, colocar-se em primeiro lugar, desde a base em relação ao que será visto, observado etc. Em outras palavras, ‘o texto institucional financiado pela instituição de pesquisa <fabrica> o olhar do pesquisador’ (LOURAU, 1988, apud SAMSON, 2013, p. 134)

Assim, o texto encontrado nas matrizes é fabricado pelo próprio PMAQ, tendendo a ter conteúdo já determinado antes mesmo de ser escrito e pensado pelas equipes.

Lourau (1986) apud Samson (2013) também se preocupa com a forma gráfica da escrita. Para ele, a forma gráfica “tabela” é utilizada pelas ciências sociais e humanas como uma forma de aproximá-las do tratamento dos textos das ciências exatas, demonstrando, assim, como a escrita é trabalhada pela instituição científica.

Tecendo um paralelo às MIs, a delimitação em forma de quadro não permite longos escritos; descrições pormenorizadas requerem objetividade, pouca problematização do que se está tomando como problema e como estratégia. Também demanda implicitamente uma segmentação dos problemas e das estratégias, induzindo a um raciocínio causa-efeito. Valem-nos de Goody (1979) apud Samson (2013) para ilustrar essa afirmação.

Essas formas gráficas são dispositivos espaciais que permitem manipular as palavras isolando-as em uma lista ou na coluna de uma tabela. Esse *layout* e espaçamento trabalham as palavras permitindo “descontextualizá-las”, “removê-las do fluxo do discurso”, assim, “considerá-las como objeto em si”. A escrita para Goody, portanto não é apenas uma ferramenta de

transição oral, nem uma maneira mais eficaz de conservação e de difusão da informação. Sua característica essencial é permitir a realização “de operações cognitivas e intelectuais”, “impossíveis, difíceis ou menos eficazes em um sistema oral”. Os efeitos dessas operações são cumulativos e, superando as interações individuais, atuam sobre as formas de pensamento, de ação e de organização social (GOODY, 1979 apud SAMSON, 2015, p. 137).

Outra premissa de Cellard (2012) concerne à natureza do texto, inferindo que os documentos podem ser, dentre outros, “de natureza teológica, médica ou jurídica” (CELLARD, 2012 p. 302). Compreende-se que, etimologicamente, o termo “médico” tenha se originado do latim “mederi”⁹, ou seja, “saber o melhor caminho”, porém, no intuito de evitar possíveis confusões, e para diferenciar a natureza das MIs do profissional médico, consideramos os documentos analisados como de natureza “da área de saúde”. Desse modo, é de se prever que esses documentos contenham termos técnicos específicos da área. Como a pesquisadora tem formação acadêmica nesse contexto, tal fator não se configurou um empecilho. No texto desta dissertação, quando julgado necessário, esses termos foram explicitados.

O autor também argumenta sobre a compreensão dos sentidos, das palavras e dos conceitos, segundo o contexto preciso em que foram empregados, o que denomina por “conceitos-chave e a lógica interna do texto”. Devido ao fato de as MIs serem de um contexto recente (2012-2015), a relação temporal entre a análise e a escrita não se mostrou como desafio.

Entendemos, então, que os efeitos produzidos na leitura das MIs acabam por “tagarelar” para além do encadeamento de palavras nelas contido, e, assim, atuam sobre as formas de pensamento, de ação e de organização social.

⁹ Segundo o Dicionário Etimológico disponível em: <http://www.dicionarioetimologico.com.br/medicina/>. Acesso em: 19 fev. 2016.

EIXO 2

7.2 A Análise do Conteúdo Textual das Matrizes De Intervenção

7.2.1 Acolhimento: Os Problemas priorizados pelas equipes nas Matrizes de Intervenção

Na produção do cuidado, o trabalhador, amparado pelas significações que faz acerca do processo saúde-doença, do contexto social e sanitário e do conhecimento acumulado, define, no encontro com os usuários e com os outros trabalhadores, o objeto de seu trabalho (MERHY, 2007).

Nesse sentido, o cuidado produzido no cotidiano do trabalho ocorre a partir da combinação de técnicas e tecnologias para resolver e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas. Tal definição corresponde ao que Paim (2001) entende por Modelo de Atenção; segundo o autor, trata-se de uma determinada “lógica” que orienta as ações.

No Brasil, dois modelos de atenção convivem em contradição. O modelo curativo, centrado nas condições agudas ou agudizadas, direcionando o atendimento à demanda espontânea e/ou induzida pela oferta; e o sanitarista, voltado ao processo saúde-doença e direcionando ao enfrentamento das necessidades a partir de campanhas sanitárias, ações programáticas e da vigilância da saúde. A convivência desses modelos vem produzindo formas de cuidado traduzidas em dificuldades em garantir atenção integral e de qualidade aos indivíduos e comunidades (PAIM, 2001).

Tais dificuldades manifestam-se devido ao fato de o modelo hegemônico “apresentar sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde”; e pelo modelo médico sanitarista, por não garantir a interlocução das ações programáticas e a implementação das ações de promoção e proteção da saúde (PAIM, 2001, p. 5). Uma das atuais consequências, por exemplo, é a dificuldade de ambos os modelos em acolher o crescente contingente de pessoas com doenças crônicas em decorrência das profundas transformações socioeconômicas e de estilo de vida da população (BRASIL, 2013).

As experiências e os debates sobre os modelos de atenção têm apontado congruências ao consenso que tem sido gradativamente estabelecido no contexto nacional e internacional, de que a organização por meio das Redes de Atenção a Atenção (RAS) seja a melhor forma

para prover uma atenção à saúde contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada e coerente com as problemáticas de saúde atuais do país (ALENCAR; PEREIRA; RAMOS, 2012). As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Segundo Medrado, Casanova e Oliveira (2015, p. 1.033), “A avaliação entendida como base para os demais componentes da gestão (planejamento, execução, financiamento e regulação) pode subsidiar intervenções mais efetivas no contexto da RAS”.

O PMAQ e o instrumento AMAQ foram formulados com base nas premissas da RAS, a partir das linhas de cuidado. Essas linhas compõem a imagem pensada para expressar os fluxos de assistência, a partir de seguimentos inseridos ou não no sistema de saúde, conformando uma rede de possibilidades seguras de itinerários cuidadores (FRANCO, 2012).

Considerando que é na relação entre o trabalhador e o usuário, em cada ponto da atenção, que o cuidado (ou o descuido) é construído, o acolhimento enquanto ferramenta-dispositivo ao propor atender bem, ouvir, compreender necessidades e assegurar a resolutividade da atenção desde o primeiro contato, e em todos os demais, tem potencial para promover um atendimento de qualidade.

No AMAQ, as necessidades de saúde foram descritas sob a forma de padrões que declaram sobre a qualidade esperada dos serviços. Esses padrões foram agrupados em subdimensões, das quais as equipes elaboraram MIs acerca da “Atenção Integral à Saúde”, “Participação, Controle Social e satisfação dos usuários”, “Organização do Processo de Trabalho”, “Infraestrutura e Equipamentos”, “Insumos, Imuno-Biológicos e Medicamentos” e “Educação Permanente”.

Compreendendo que seja a atenção integral (de qualidade) concomitante ao desejo e ao desafio, definimos os problemas elencados na subdimensão Atenção Integral à Saúde como eixo para a discussão dos demais problemas elencados acerca das demais subdimensões.

O instrumento AMAQ considera por “Atenção Integral à Saúde” a atenção a acontecer em todos os pontos da rede, pelo acolhimento de todas as demandas (programáticas ou espontâneas, individuais ou coletivas), por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012c).

Nas MIs, os problemas referentes aos padrões de qualidade da subdimensão Atenção Integral à Saúde são acerca da saúde da mulher (A1.1; A1.3; A2.1; A2.2; A5.2; A3.1; A4.1; B1.1; B4.9; B5.3; B4.5; B4.8; E6.1), saúde do adolescente e do jovem (A2.2; B4.3; D5.2), saúde da criança e do aleitamento materno (A2.1; A2.3; A5.7; A5.8; A6.3; C1.8; C2.2; D4.1;

E5.2), saúde mental, álcool e outras drogas (A5.6; A6.2; C2.4), saúde do idoso (B2.1; B4.7; B5.5), saúde do homem (D1.4) e da vigilância da saúde (A1.2; A5.1; B5.8; D1.3; E7.4; E12.1; E12.3).

Apesar do instrumento AMAQ estar baseado nas premissas da RAS e considerar a organização da atenção por meio das linhas de cuidado, as MIs construídas pelas equipes priorizam os problemas, especificamente, dentro dos limites das áreas programáticas e da vigilância em saúde. Embora os municípios D e E afirmem atuar a partir de fluxos estabelecidos por linhas de cuidado (SÃO PAULO, 2012), os problemas elencados pelas equipes, nessa subdimensão, não se diferenciaram em comparação com os problemas elencados pelas equipes dos demais municípios.

A principal crítica à organização das ações baseadas em áreas está no fato de que, embora idealmente as normativas preconizem a integralidade da atenção por meio da integração das áreas programáticas, no cotidiano dos serviços, o cuidado acontece de forma fragmentada (BRASIL, 2007). Nas MIs, essa fragmentação pode ser observada nos problemas que identificam ações que poderiam ser abrangentes como relacionadas somente a grupos específicos, e, também, pela ausência da rede nos problemas elencados pelas equipes.

Ausência de orientação e aconselhamento sobre planejamento familiar para adolescentes e mulheres (A2.2; A5.2).

A equipe desenvolve ações para prevenção de DST em adolescentes (B4.3).

Falta de informação por parte das gestantes (A1.1).

Poucas mães aderidas à puericultura (A1.3).

Falta de ações para atenção de usuários de álcool e drogas (C2.4).

Introduzir um trabalho voltado à população masculina (D1.4).

Falta de adesão e de informações das gestantes (E6.1).

Canais de comunicação com os usuários. Objetivo: Desenvolver ações com usuários do sexo masculino (F1.2).

Em relação ao acolhimento, essa fragmentação torna-se empecilho ao restringir o rol de possibilidades de cuidado, mesmo quando do encontro entre o trabalhador e o usuário. Por exemplo, ao considerar o planejamento familiar, o pré-natal e a puericultura como cuidados a serem destinados às mulheres, perde-se a oportunidade de considerá-los em relação aos homens, reafirmando uma ótica machista no atendimento das necessidades da população (CARVALHO et al., 2013), e aos familiares, ao desconsiderar os vários e novos arranjos de família (SOUZA et al., 2014).

A concepção machista de que a mulher é inferior ao homem precisa ser repensada. Tomando como referência a fala do Primeiro Ministro do Canadá, Justin Trudeau, ao explicar em entrevista o porquê de ter composto metade de seu ministério por mulheres, ele responde:

“Porque estamos em 2015”. Nesse sentido, considerando as transformações socioculturais ao longo dos anos, uma das iniciativas do MS é o incentivo ao pré-natal masculino, com intuito de aliar a saúde do pai à saúde materno-infantil (BENAZZI; LIMA; SOUSA, 2011). De forma contraditória, restringir o pré-natal do parceiro como “pré-natal masculino” desconsidera os novos arranjos familiares, principalmente em relação às famílias homoafetivas (SOUSA et al., 2014).

Nesse sentido, pensamos que é também atribuição dos profissionais de saúde discutir questões que têm gerado sofrimento, sobrecarga, infelicidade e doença, e, assim, atuar de modo a acolher e apoiar as pautas das lutas dos movimentos sociais e a transposição das violências geradas por esses não reconhecimentos de direitos. Compreendemos, pois, que os debates em saúde "deve(m) ser sinônimo(s) de transformação social na direção da justiça social" (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A problemática da violência é percebida e elencada como problema prioritário na MI D1.1, retratando que os muros das unidades de saúde não fazem limites a ela, e, ainda, que podem também ser produzidas nesses espaços (“de cuidado”).

Recentemente, uma pesquisa do Conselho Regional de Enfermagem identificou que 77% dos trabalhadores de saúde já sofreram algum tipo de violência nos espaços onde trabalham (SÃO PAULO, 2015)¹⁰. Pensamos que essa violência atua de forma concomitante na relação entre profissionais e profissional e usuário, causando sofrimento a todos, e, não raro, acontece em consequência, também, da falta de qualidade do acolhimento.

Matumoto, (1998, p. 1), na apresentação da sua dissertação de mestrado, já tratava sobre a contradição entre o objetivo dos serviços públicos de saúde e “as relações predominantemente tensas, ou de indiferença e descaso que dão margem a reações agressivas com insulto e desrespeito” produzidas nesses serviços.

Outra forma de violência que se materializa no cotidiano dos serviços de saúde está relacionada às inadequações dos meios físicos disponíveis (instrumentos, espaços, sistemas etc.), que acabam por limitar a atividade dos trabalhadores, e que, mesmo assim, a despeito de tais incoerências, continuam a desempenhar suas funções (JACSON FILHO, 2015). São inadequações como as elencadas nas MIs dos municípios B, C, D e E referentes às subdimensões “Infraestrutura e equipamentos” e “Insumos imunobiológicos e medicamentos”.

Estrutura física pouco adequada para acolher usuários; [...] Número de funcionário insuficiente para a implantação efetiva do acolhimento e ainda efetuar as demais atividades que lhe compete no dia a dia (B4.4).

¹⁰ Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/node/40505>

Dificuldade para aquisição de material (C1.1)

Aquisição de materiais (C1.2).

A falta de EPI (Equipamento de Proteção Individual) pode causar riscos capazes de ameaçar a segurança e saúde do trabalhador (C1.3).

Infraestrutura e equipamentos inadequados (Objetivo: construção de uma nova unidade) C2.1.

Ausência de rampa de acesso às salas e aos consultórios para as pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida E5.1.

Sem adequação na unidade. Objetivo: Equipamentos para adequação e melhor acessibilidade para dependentes (E9.3).

As inadequações também foram apontadas no Mapa de Saúde da RC ao destacar que 39 das 64 unidades de saúde dos municípios não possuem equipamentos adequados, segundo o critério PMAQ de Infraestrutura, Equipamentos Básicos e Materiais para UBS. As 25 unidades que se encontram adequadas estão todas localizadas no município E. O mapa ainda evidencia que, das unidades inadequadas, 47 estão com projetos para aquisição de equipamentos, sendo nos municípios A e B a partir de recursos advindos do PMAQ.

Alves et al. (2014, p. 49), ao analisarem o acolhimento enquanto dispositivo do acesso, encontraram que as equipes discorrem sobre a existência de condições inadequadas para a realização do acolhimento, dentre elas problemas de espaço físico, do estabelecimento de protocolos e de capacitação profissional. Conclui asseverando que “condições favoráveis implicam em melhor possibilidade de utilização dos serviços, contribuindo para a consolidação de uma porta de entrada acolhedora e resolutiva pela APS”. Inadequações também foram identificadas por Lopes, Scherer e Costa (2015) no contexto da ESF no Distrito Federal, especificamente em relação à precariedade da rede física, ambiência pouco acolhedora das unidades e inadequadas condições de trabalho.

O PMAQ reconhece a disponibilidade de infraestrutura física e equipamentos, em acordo com o quantitativo da população adscrita e suas especificidades, como indispensável e de fundamental importância para o acolhimento, a humanização do atendimento, a organização dos processos de trabalho e a atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2012b). Conforme Moura et al. (2010), embora sejam complexas as redes causais que ligam a estrutura dos serviços aos efeitos na atenção à saúde é imprescindível a valorização dos componentes estruturais na avaliação e gestão de saúde.

Apesar de na subdimensão “Atenção Integral à Saúde” as equipes não elencarem problemas em relação à rede e às linhas de cuidado, conforme os preceitos da RAS, na subdimensão “Organização do Processo de Trabalho” o município E, ao identificarem como problemas a serem priorizados: a organização de linhas de cuidado (E11.1), o planejamento por necessidade/prioridade (E4.1; E10.1), a garantia de acesso a ações para além das consultas

(E12.4) e a necessidade de melhorar o cuidado aos usuários (E3.1) apresenta um olhar mais abrangente acerca das necessidade de saúde dos usuários. O mesmo acontece no município B, quando o acolhimento é percebido como possibilidade para o planejamento em saúde e o reordenamento de fluxos.

[...] o acolhimento realizado pela equipe, como um todo, é pouco humanizado, com a escuta pouco qualificada; Demanda espontânea sem fluxos e protocolos bem estabelecidos para avaliação de risco. Os dados da demanda espontânea não são sistematizados para reorientar diagnóstico situacional e planejamento local [...] (B4.4).

Dificuldade em planejar ações por prioridade (E4.1).

Acompanhamento dinâmico do território e identificação epidemiológica para planejamento de ações prioritárias (Objetivo: Organizar agenda, grupos e visitas) (E10.1).

Organização das linhas de cuidado. (Objetivo: Facilitar o acesso. Atendimento resolutivo; Metas para aumentar puericultura; aumentar espaços de discussões; Saúde do homem; montar grupos) (E11.1)

Em todos os municípios, os problemas referentes à organização do trabalho das equipes são, majoritariamente, em relação ao trabalho na unidade de saúde, pouco enfatizando a rede de atenção.

Ausência de priorização do atendimento à demanda espontânea da unidade (A5.5).

A equipe (não) realiza reunião periódica (B3.1).

A equipe de AB (não) desenvolve ações de ação integral à saúde do idoso através do cadastro atualizado dessa população (B2.1).

Falta de continuidade do cuidado devido à sobrecarga da equipe (C1.6).

Não acompanhamento e conscientização da equipe e pais sobre a caderneta da criança como documento (D1.5; D5.3).

Ausência de consolidado mensal e de um sistema de informação em saúde acessível, manuseável por um usuário comum (E8.1).

Falta ficha de rosto nos prontuários dos pacientes (E9.1).

[...] falta controle dos encaminhados. (Objetivo: Elaborar ficha e passar para ACS) (E9.2)

Falta de organização dos dados (E12.2).

Falta de uma agenda que permita atividades preventivas e curativas (Objetivo: Construir uma agenda em equipe capaz de garantir não somente acesso às consultas) (E12.4).

Consideramos que esse fato pode estar relacionado ao próprio instrumento AMAQ, ao considerar a “Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde” como a ser autoavaliada, especificamente, na dimensão “Gestão Municipal”, ou seja, pelos atores que compõem esse nível de gestão. Ao que parece, a dimensão do acolhimento como responsável também pelo encaminhamento seguro dos usuários em outros pontos da rede pode não estar sendo identificada pelas equipes como problemática.

Outro âmbito que consideramos interessante a ser discutido refere-se à dicotomia entre a forma com que os problemas foram descritos nas MIs quando em relação aos usuários e às equipes.

Quando em relação aos usuários, as MIs pontuam sobre a “falta de adesão”, “falta de informação”, “falta de conhecimento” e “falta de conscientização”. Desse modo, o usuário ora não tem informação/conhecimento e precisa ser informado/ensinado; ora tem informação, e, mesmo assim, não adere ao que lhe foi indicado porque não quer ou porque não tem consciência.

Falta de informação por parte das gestantes (A1.1).

Falta de adesão e de informações das gestantes (E6.1).

Falta de conscientização da população sobre o correto descarte do lixo reciclável, do óleo de cozinha etc. (B5.8)

Déficit de conhecimento sobre a doença, fatores de risco e prevenção (A5.1)

Ações educativas sanitárias, ambientais e ecológicas. (Objetivo: Que a população conheça através de ações educativas os riscos que afetam o processo de saúde) (D1.3).

Pacientes vulneráveis a risco (DST/HIV, usuárias de drogas) que se recusam a fazer anticoncepção. (Objetivo: Busca ativa dos pacientes vulneráveis, orientação e conscientização da importância da anticoncepção) (B4.8)

Em relação ao trabalho das equipes, as matrizes pontuam sobre a “falta de/falha no acompanhamento”, “falta de monitoramento”, “falta de orientação” (no sentido de informar e/ou provocar mudança de hábito), “falta de identificação” (de indivíduos nos territórios), e da “não realização/desenvolvimento/existência de ação”. Nota-se que nessas MIs os problemas referem-se a aspectos ligados à subdimensão “Organização do Processo de Trabalho” das equipes.

A equipe (não) realiza monitoramento dos exames de citologia oncológica e mamografia realizados (B1.1; B4.9; B5.3).

Ausência de acompanhamento das puérperas em domicílio pela enf.^a da ESF (A4.1).

Falta de acompanhamento e dados para avaliação de saúde da puérpera e RN; estado emocional da família; vínculo com o bebê, aleitamento materno e planejamento familiar (A2.1).

Falta de identificação e orientação ao uso abusivo de álcool (A5.6).

Falha no acompanhamento e coleta de dados para avaliação da gestação de risco em mulheres pertencentes à área de abrangência, e ausência de orientação adequada no período puerperal (A3.1).

A dicotomia apresentada nas MIs reflete a concepção de que os serviços de saúde têm ofertas e os usuários, por sua vez, têm demandas. Tanto as ofertas quanto as demandas apresentam como denominador comum o usuário. Dessa forma, ao que parece, a equipe diz

precisar organizar seu trabalho para ampliar o acesso por meio da identificação de pessoas e territórios e para melhor “acompanhar/monitorar” as pessoas que já têm o serviço de saúde como referência. Por sua vez, quanto ao usuário, segunda as equipes, nas MIs, ele aparece como o indivíduo que precisa ter informação para que adquira conhecimento, conscientize-se e possa aderir às orientações dos trabalhadores.

Quando o trabalhador infere que, enquanto profissional, é ele quem sabe sobre as necessidades do usuário, a despeito da opinião dele (já que ele próprio não participou dos processos autoavaliativos), e planeja acerca das recomendações a serem ofertadas, configurando-se no que a AI denomina por atuação do *expert*, ou seja, o trabalhador deslegitima o saber do usuário (sem informação, conhecimento, consciência), afirma saber como resolver suas questões e elege como errado tudo o que difere daquilo que o saber científico (“único e legítimo”) orienta (BAREMBLITT, 2012).

Valemo-nos, então, do contrassenso trazido por Vasconcelos (2004), de que, no geral, o usuário usa de todo o conhecimento acumulado, seu e das pessoas próximas, para enfrentar suas problemáticas de saúde. Assim sendo, em suma, a busca por serviços institucionalizados significa que o limiar entre o que ele consegue e o que ele não consegue resolver foi atingido. Dessa forma, considerar o usuário como “desprovido” de conhecimento é deslegitimá-lo enquanto sujeito.

Cabe notar, também, que os problemas elencados em relação ao trabalho da equipe têm como foco a organização do trabalho em si. Mesmo que a autoavaliação tenha como intuito a qualidade da atenção ao usuário, em nenhum momento ele parece ter sido o foco das equipes ao priorizarem os problemas nas MIs; ao que nos parece, planeja-se uma atenção trabalhador-centrado.

Outro aspecto relevante nas MIs é acerca dos problemas que concernem à “não ação” estarem principalmente relacionados à promoção da saúde e prevenção de doenças.

Equipe não desenvolve ações voltadas aos usuários de tabaco (D5.1).
Não há ações periódicas sobre planejamento familiar (D6.2).
Não há ações periódicas sobre saúde sexual (D6.3).
Hoje só temos o grupo de gestante, artesanato e caminhada (E7.1).
A equipe quase não desenvolve ações de saúde práticas pela PNPIC (Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares) (E5.3).

No SUS, a promoção de saúde foi compreendida como estratégia que tem o objetivo de promover a qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e riscos à saúde. Considera as diferentes necessidades de saúde dos territórios, defende o enfrentamento das iniquidades e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Desenvolver ações de promoção da saúde faz parte dos compromissos assumidos entre as equipes e os três entes de gestão na etapa de adesão e contratualização do PMAQ (BRASIL, 2012b). Consideramos por ações de promoção da saúde aquelas relacionadas aos temas transversais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), quais sejam, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade; desenvolvimento sustentável; produção de saúde e cuidado; ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho; e cultura de paz e direitos humanos (BRASIL, 2015).

A partir dessa delimitação, as MIs apresentam problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas (A5.6 e C2.4), à promoção de atividades físicas (B4.2; B5.2), às ações educativas, sanitárias, ambientais e ecológicas (A1.2; B5.8; D1.3), à promoção de cultura de paz (D1.1), e à atenção aos usuários de tabaco (D5.1).

Diferente da promoção da saúde, o conceito de prevenção de doenças tem significado circunscrito. As ações preventivas baseiam-se no conhecimento epidemiológico das doenças e de outros agravos específicos (CZERESNIA, 2003), de modo que a prevenção orienta as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades e tem como foco a doença e os mecanismos para enfrentá-la (BRASIL, 2012a).

Nas MIs, os problemas apresentados no tocante à prevenção de doenças estão relacionados à prevenção/detecção precoce dos cânceres de colo de útero e de mama (B1.1, B4.5, B4.9 e B5.4); das doenças sexualmente transmissíveis (B4.3, B4.5 e B4.8), das complicações dos períodos de pré-natal e puerpério (A1.1, A3.1, A4.1, E6.1) e do câncer de próstata, por meio da dosagem de antígeno prostático específico (PSA) nos homens (D1.4).

A preocupação pela adoção de comportamentos saudáveis advém da ideia de que o estilo de vida exerce influência direta nos problemas de saúde. Gomes e Pinheiro (2007 p. 298) argumentam que no PSF “a primeira possibilidade de efetivação” das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, junto também às ações de recuperação da saúde dos indivíduos, está no acolhimento. As MIs, porém, ao apresentarem a “não ação” como problemática, centralmente, em relação à prevenção de doenças e promoção da saúde, refletem que as equipes de ESF têm tido dificuldades em transpor o modelo médico hegemônico e a centralidade na doença.

Concordando que o planejamento das ações preventivas deva ter também como base os dados epidemiológicos locais, analisamos, a partir do Mapa da Saúde, a relação entre os indicadores epidemiológicos de maior incidência ou prevalência em cada município e os problemas elencados como prioritários nas matrizes.

Nesse sentido, os municípios A, B, C, e E apresentavam, em 2012, altas taxas de parto cesariano, enquanto A e F demonstravam altos percentuais de condições sensíveis à AB e altos índices de gravidez na adolescência. Os municípios A e E apresentavam altas taxas de internação por acidente vascular cerebral (AVC), e os municípios C e D, alto percentual de internação por fratura de fêmur. O município E apresentou também altas taxas de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em adultos (SÃO PAULO, 2012).

Tomando como exemplo os problemas priorizados nas MIs relacionados à mulher, em especial à mulher gestante, eles não apresentam relação com os dados epidemiológicos, alarmantes, como a média de 75,17% de parto cesariano na RC (SÃO PAULO, 2012). Assim sendo, identificar como problemas prioritários somente a “falta de informação / orientação / adesão” das usuárias aponta para uma redução da leitura do que as equipes consideram por problema.

Falta de informação por parte das gestantes (A1.1)

Ausência de orientação e aconselhamento sobre planejamento familiar para adolescentes e mulheres (A2.2)

Busca ativa dos pacientes vulneráveis, orientação e conscientização da importância da anticoncepção (B4.8).

Falta de adesão e de informações das gestantes (E6.1)

Analizando os problemas elencados nas MIs no concernente às ações preventivas, infere-se que o planejamento não foi baseado nos dados epidemiológicos dos municípios. Ampliando para as demais ações, cabe questionar: de que forma as equipes têm identificado os problemas a serem priorizados nas matrizes? Em quais critérios as equipes estão se baseando?

Citando Bahia (1987), Paim (2006) afirma que a complexidade, assim como o volume das tarefas inerentes à instituição saúde, exige o planejamento. Para os autores, essa ação deve permitir que o trabalhador exerça sua função a partir de propósitos claros e explícitos, e, desse modo, para além da formatação de um plano ou projeto, sua democratização, por meio da participação do maior número de pessoas, pode ser capaz de influir na realidade e transformar a situação atual em uma nova.

O trabalho coletivo, conforme citado por Paim (2006), foi caracterizado por Dalcin, Goulart e Magajewski (2010) como potência e também como entrave. Ao analisarem sobre o Planejamento Local de Saúde (PLS) no PSF, encontraram que há potência na interação dos profissionais de saúde para a construção de instrumentos que aperfeiçoem as respostas oferecidas pelas equipes aos problemas da comunidade; mas há, também, entraves devido à

fragilidade das estratégias de envolvimento e mobilização da comunidade e à ausência de práticas e ações desenvolvidas com articulação intersetorial.

Ainda sobre os problemas elencados nas MIs como de “não ação”, cabe enfatizar que os objetivos planejados pelas equipes elegem a realização de “alguma ação”.

Problema: Falta de ações para atenção de usuários de álcool e drogas (C2.4).
Objetivo: Atenção aos usuários de álcool e drogas.

Problema: Observar e esclarecer comportamentos culturalmente determinados e identificar determinantes socioeconômicos. Objetivo: Introduzir um trabalho voltado à violência e promoção da paz (D1.1).

Problema: Introduzir um trabalho voltado à população masculina. Objetivo: Conscientizar e implementar a saúde do homem (D1.4).

Problema: Canais de comunicação com os usuários. Objetivo: Desenvolver ações com usuários do sexo masculino (F1.2).

Inferimos que a indeterminação da ação planejada (“introduzir um trabalho”, “Atenção aos usuários”, “Implementar a saúde do homem” “desenvolver ações”) revela que o instrumento AMAQ tem permitido às equipes fazerem diagnósticos de presença ou ausência de ações, em relação ao padrão de qualidade do instrumento, porém não parece instrumentalizá-las para uma reflexão aprofundada acerca das problemáticas que vivenciam.

Ao que parece, o momento de sensibilização eleito pelo instrumento como primeiro a ser realizado com intuito de “contribuir com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos frente às questões colocadas, proporcionando aos participantes momentos adequados de reflexão, discussão sobre suas práticas e as possibilidades de mudanças” (BRASIL, 2012c, p. 15), ou não tem acontecido, ou não ocorreu de maneira suficiente para que os trabalhadores pudessem problematizar suas práticas.

Outra questão que pode estar relacionada a acima, mas não passível de ser analisada nesse estudo, foi a encontrada por Lopes, Scherer e Costa (2015), que apontaram fragilidades mencionadas por trabalhadores do Distrito Federal, devido à adesão ao PMAQ ter sido uma decisão vertical, na qual os trabalhadores não tiveram escolha e nem preparo. Discorreram, também, sobre a não compreensão quanto aos objetivos do programa, reduzidos à participação no processo autoavaliativo, demonstrando, segundo os autores, uma visão parcial e distorcida da proposta.

Assim sendo, em suma, é importante notar o curto repertório de ações que pretende desencadear as problemáticas elencadas pelas equipes da RC. Isso porque, ao definirem os problemas a serem priorizados, os trabalhadores parecem não os discutir em profundidade, elencando nas MIs o que parece ser o resultado de um “*check list*”, realizado entre o parâmetro indicado pelo padrão de qualidade do instrumento AMAQ e a percepção dos

trabalhadores acerca do que vivenciam. Desse modo, subentendemos que, isoladamente, nos municípios que participaram do estudo, a construção das matrizes de intervenção também não possibilitará intervir de forma congruente nesses problemas, já que os pautam de forma inespecífica e não problematizam a sua gênese.

No DF, a autoavaliação realizada pelas equipes participantes do estudo de Lopes; Scherer; Costa (2015) aconteceu de forma assistemática e não avançou na discussão sobre a autogestão, nem na identificação de problemas e formulação de estratégias de intervenção. Já em Sobral, Ceará, Portela, Dias e Vasconcelos (2013) constataram que a autoavaliação contribuiu para que os gestores tivessem uma visão mais ampla da atenção.

Na RC, de modo geral, a autoavaliação das equipes tem revelado descompassos em relação às ofertas (das equipes de saúde) e às demandas (dos usuários), e, em consequência, fragilidades no acolhimento dos usuários. Portanto, dentre o rol de possibilidades que a reflexão sobre o acolhimento nos oferece, escolhemos discutir acerca da construção da oferta e da demanda.

Puentes-Markides (1992), apud Pinheiro et al. (2002), argumenta que o acesso aos serviços de saúde influencia a percepção de necessidade pelo indivíduo, a conversão da necessidade em demanda e da demanda, em uso, sendo que o uso predispõe a oferta. Segundo Pinheiro et al. (2002), os conceitos de oferta e demanda têm sido tradicionalmente interpretados de forma isolada, de forma que, se por um lado a demanda é tomada a partir da necessidade do usuário por outro também tem relação com a oferta dos profissionais e gestores

Essa peculiar divisão entre demanda e oferta torna invisível à relação, imprimindo um caráter dicotômico, e até mesmo estático, entre as duas categorias. Com isso, os estudos realizados sob esse prisma tendem a analisar os seus componentes separadamente, de modo que a demanda esteja relacionada apenas aos usuários ou consumidores, e a oferta seja ligada somente aos profissionais e gestores dos serviços propriamente ditos. Há, nessa forma de elaboração teórica, uma estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, via consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, e pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado, e o prestador e seus agentes vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (PINHEIRO, 2009).

Cabe enfatizar que, nesta pesquisa, os atributos oferta e demanda não se prestam à análise a partir do uso recorrente dos termos, conforme mencionados por Pinheiro et al. (2002). O conceito de oferta e demanda é trazido pelo referencial da AI baseado em situações

de intervenção¹¹, que não é o caso desta pesquisa de cunho documental, e nem dos documentos analisados, que também não são escritas construídas a partir de situações de intervenção. Dessa forma, peço licença aos estudiosos da AI para propor uma releitura dos conceitos acima.

Na linha socioanalítica da AI, tem-se uma encomenda quando do pedido de intervenção institucional realizado por um grupo ou organização para um analista institucional. A análise da encomenda, a ser realizada entre o analista e os participantes da intervenção, tem o intuito de gerar demandas, ou seja, desdobramentos da encomenda, expressas enquanto desejos e carecimentos dos participantes. Desse modo, a demanda é a expressão da relação entre as expectativas, carecimentos etc. dos participantes da intervenção e dos analistas. Além disso, os analistas foram contratados porque ofertaram algo. Assim, na AI a demanda se constrói a partir da oferta; não se demanda de um serviço algo que sabidamente não pode ser obtido (BAREMBLITT, 2012).

Aproximando os conceitos da AI ao contexto avaliativo proposto pelo PMAQ, nota-se que, na instituição do programa, o MS encomenda às equipes a adesão no processo avaliativo, ofertando a possibilidade do recebimento de um dado incentivo financeiro. Em contrapartida, as equipes, ao realizarem a adesão ao programa, junto ao MS, firmaram compromissos que possibilitaram a construção de demandas. Tais demandas são construídas pela ciência da existência de ofertas por parte do MS e também por parte das equipes. Quanto aos usuários, eles enxergam ofertas nos serviços de saúde e, assim, fazem demandas. Os trabalhadores leem com seus óculos o que pensam que o usuário precisa e fazem ofertas. Esse interjogo pode, no acolhimento, desembocar numa outra perspectiva, nem a inicial do usuário e nem a do trabalhador, mas outra, construída de forma consensuada.

Dessa forma, partimos do pressuposto de que a demanda e a oferta são modulações, ou seja, são construídas dinamicamente no cotidiano, resultantes da objetividade e subjetividade dos atores e das instituições que os atravessam.

Um estudo realizado em uma região do Rio de Janeiro sob a perspectiva das políticas de saúde analisou os limites e possibilidades de construção da integralidade a partir da relação entre a oferta e a demanda no cotidiano das práticas dos serviços. Segundo as pesquisadoras, a integralidade tem nas categorias oferta e demanda as principais ferramentas para sua

¹¹ Para a AI, a intervenção institucional é “ação transformadora praticada segundo uma técnica e uma política e formalizada em uma teoria aplicada segundo certas regras metodológicas e uma série de recursos técnicos. Todo esse procedimento parte de uma avaliação logística de disponibilidades e é planejado segundo uma estratégia que se decompõe em táticas. Seu objetivo central é propiciar, nos coletivos, a implantação de processos plenos e continuados de autoanálise e autogestão (BAREMBLITT, 2012, p. 178).

observação, quando analisadas de forma relacional e construídas dinamicamente. O estudo encontrou consensos no depoimento dos profissionais e usuários quanto à incompatibilidade entre a quantidade e qualidade dos serviços oferecidos e das demandas apresentadas, e discorreu também sobre a necessidade de rever a organização das práticas a partir de dimensões ampliadas, que considerem os contextos (sociais, econômicos, culturais etc.) e as complexidades intrínsecas (subjetivas e objetivas) na construção da oferta e da demanda, enquanto atributos resultantes de “embates, conflitos e contradições que permeiam o cotidiano de técnicos, profissionais e usuários no dia-a-dia das instituições” (PINHEIRO, 2001, p. 109).

A pesquisa de Pinheiro et al. (2002) também teve como resultado a existência de congruências entre a percepção dos usuários e dos trabalhadores acerca do que concebem por saúde e doença. Tais congruências refletem-se em ofertas e demandas, pautadas na racionalidade médica, centrada na doença e na percepção biologicista da saúde, de forma que a concepção dos atores (trabalhadores e usuários) foi correspondente entre si e avessa às propostas da atenção integral à saúde.

Para a AI as subjetividades são produzidas e tendem à reprodução do instituído Baremblytt (2012). Talvez esse seja um dos aspectos do consenso entre trabalhadores e profissionais na expressão da lógica curativista na instituição saúde.

A análise de grupos focais realizados na pesquisa “Cogestão, Apoio Institucional e Acolhimento na Atenção Básica: uma pesquisa-intervenção”, com atores dos municípios participantes desta pesquisa documental, argumenta que, predominantemente, a demanda espontânea nas unidades de saúde busca o acesso à consulta médica (FORTUNA, 2016). Tais achados, apesar de não generalizáveis, concordam com os de Pinheiro et al. (2002), de que, no Brasil, a prevalência de procura por cuidados médicos é de 98%, e de que os que procuram por tais cuidados consideram-se atendidos. Concordam, também, com as MIs dos municípios A e B, que, ao elencarem o acolhimento enquanto problema prioritário, elegeu-o principalmente sob essa perspectiva.

As dificuldades expressas nas MIs no tocante à “não oferta” e à indefinição do que ofertar (em relação às ações preventivas e de promoção da saúde) parecem ter congruência com os achados mencionados acima, na medida em que a não priorização de problemas relacionados às consultas médicas pode estar afirmando as similaridades entre o que é demandado pelos usuários e o que é ofertado nas unidades. A não adesão às ações ofertadas (orientações realizadas por outros profissionais da saúde não médicos) também nos leva a pensar nessa direção.

Por outro lado, acerca da não adesão dos usuários às ações de saúde ofertadas, Borges e Japur (2008) consideram-na enquanto escolha autônoma dos indivíduos em relação ao seu autocuidado, quando relatam não aderir às prescrições em consequência da abordagem profissional, superficial, rápida e desinteressada. Dessa forma, a não adesão passa a ser vista por outro ângulo, enquanto autocuidado do usuário, e não como desleixo com a própria saúde, como recorrentemente é interpretada. Para as autoras, tal “ignorância” em relação às necessidades de cuidado é compreendida corriqueiramente como necessidade de educação em saúde.

A percepção de que nas recepções das unidades de saúde os usuários procuram, majoritariamente, por consulta médica e/ou procedimentos específicos (hemograma, raio X etc.), intrigou Franco e Merhy (2005). Para os autores, a “produção imaginária de demanda” refere-se à crença dos usuários de que o acesso ao procedimento/consulta se constitua como cuidado.

Os limites desta pesquisa documental não permitem inferir sobre os desejos e percepções dos usuários ou potenciais usuários acerca da oferta de serviços, porém se considera, em consonância com Franco e Merhy (2005), que a “construção imaginária” da demanda, que tem claramente embutida uma concepção hegemônica médico centrada, atue de forma semelhante, tanto no imaginário do usuário (ou potencial usuário), quanto no imaginário dos profissionais de saúde, que, no contexto desta pesquisa, parecem traduzir a dificuldade do planejamento de ações para além das hegemonicamente constituídas.

Partindo das premissas de que a oferta e a demanda são modulares (BAREMBLITT, 2012), e de que o imaginário centrado no procedimental e no curativo foi socialmente construído, tem-se o desafio de que trabalhadores e usuários possam construir uma outra e nova forma de fazer saúde, em que a oferta e a demanda não apenas se alinhem, mas que o cuidado seja centrado no usuário e caminhe na direção da integralidade (FRANCO e MERHY, 2005). Nesse sentido, Franco e Merhy (2005) apostam na ideia do processo de trabalho mediado por tecnologias relacionais, e Pinheiro (2009) crê na renovação e criação de novas práticas de saúde a partir de diferentes conhecimentos, advindos da relação entre os trabalhadores e os usuários.

Congruente com os autores mencionados, apostamos que esteja no acolhimento, na relação entre o usuário e o trabalhador, a potencialidade para qualquer que seja o movimento, seja no sentido da transformação (instituinte) ou da manutenção (instituído) nos serviços de saúde.

Cabe, ainda, ressaltar que a relação entre os usuários e trabalhadores é também uma relação de poder, em que, tradicionalmente, o primeiro se coloca ou é colocado como subjulgado, já que, hegemonicamente, a ciência, enquanto definidora de padrões de certeza e normalidade, tem descartado o conhecimento popular (FORTUNA, 2016).

Talvez seja mediante essa lógica que, apesar de o instrumento AMAQ preconizar a participação de todos os atores envolvidos no cuidado, nos processos autoavaliativos (BRASIL, 2013), nas MIs analisadas o usuário é elencado de forma ativa em apenas uma atividade: multirão no bairro para controle dos casos de dengue (A1.2). Para a AI, a apropriação da vida do outro, enquanto quebra-cabeça, em que se prescreve o caminho exato para a junção das partes desconectadas (por enfermidades, segundo a lógica curativa), e, assim, pensa-se constituir cuidado, é característica da atuação dos *experts* (BAREMBLITT, 2012).

A aposta no aspecto relacional para o redirecionamento da atenção, guiado pelos preceitos da integralidade, é ainda mais desafiadora ao considerar o atual contexto político, econômico, e social no qual se inserem trabalhadores e usuários.

Traverso-Yépez (2007, p. 231), ao analisar as dificuldades da implementação da PNPS, afirma que o contexto político econômico neoliberal, caracterizado pela diminuição da intervenção do Estado, pelo estímulo às privatizações e, ainda, pela centralidade nas questões individuais em detrimento do coletivo, influencia diretamente as ações de saúde. Também demarca sobre as relações desiguais de poder entre as pessoas que, de forma geral, produzem dificuldades de comunicação uns com os outros, agravadas quando se propõe trabalhar “em favor de ações consensuadas”. Tais dificuldades afetam diretamente o acolhimento em saúde, por ser, primeiramente, uma tecnologia relacional e comunicacional.

Zygmunt Bauman (2001), sociólogo polonês, adjectiva o contexto atual como “mundo líquido”, e assim o caracteriza pela rapidez, fluidez e superficialidade com que ocorre. De acordo com o autor, em meio a tal liquidez, as pessoas estão imersas em tecnologias digitais, em que a rapidez dos fatos faz com que o âmbito das relações interpessoais, a base seja a substituição, mediante dificuldades, e não a construção, caracterizando-se, ainda, pela ausência de diálogo e pela centralidade no “eu”.

Frente ao exposto, poderíamos considerar estarmos diante de impasses, ou, ao menos, diante de situações bastante desfavoráveis ao acolhimento na AB. O acolhimento é dependente da relação entre os atores, na coprodução de ofertas e demandas condizentes com as reais necessidades dos indivíduos. Os indivíduos têm perdido a referência de suas reais necessidades, pois os *experts* têm se incumbido de defini-las. No contexto atual, o âmbito individual prevalece em detrimento do coletivo. E, ainda, aposta-se na tecnologia relacional para o enfrentamento de tais “impasses”.

Valendo-nos da poesia de Carlos Drummond de Andrade¹², cabe, aqui, um suspiro e uma questão: e agora, José?

¹² Carlos Drummond de Andrade foi um poeta, contista e cronista brasileiro, considerado por muitos o mais influente poeta brasileiro do século XX.

O historiador, professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Leandro Karnal, em um de seus vídeos disponíveis em formato eletrônico em página de rede social (YouTube), sobre a modernidade líquida, citando Bauman, propõe um contrassenso. Ele nos convida a responder/refletir: por que a situação atual não está ainda pior? Trazemos a questão para o contexto da saúde, não contente ou em conformidade com o cenário atual, mas no intuito de, para além dos impasses, enxergar potências.

Baseamos em Merhy e Franco (2006) para dizer que a situação de saúde não está ainda pior porque a maior parte das pessoas que trabalham na saúde, nos espaços onde atuam, realizam-no de forma comprometida, talvez não com os preceitos da reorientação das práticas no sentido da integralidade e do rompimento com o modelo fragmentado instituído, mas a partir do que compreendem por saúde. Conforme Franco¹³, concordamos que, no cotidiano dos serviços, existem tantos modelos de saúde quanto são os profissionais que ali atuam.

Compreendendo que o contexto institucional trata de disputas, de poderes, que, em constantes quedas de braço, definem o instituído. Valemos-nos de Karnal para encontrar saídas, a potência e criatividade da transformação mediante o desejo coletivo. O acolhimento se constitui como potente ferramenta–dispositivo para a construção dessas saídas.

Nesse sentido Traverso-Yépez (2007, p. 233) afirma que as normativas (instituídas enquanto políticas) que abarcam o acolhimento e a integralidade da atenção devem ser pensadas no contexto correspondente, a fim de considerar os limites e as potências do próprio ambiente, na tentativa de superar o “caráter hierárquico-prescritivo, que ao invés de tomar lugar de ‘proposta-processo’, tende a aparecer como algo acabado, inquestionável e, especialmente, fácil de acontecer”.

Ao considerarem a complexidade e as especificidades de cada realidade, os conceitos de autoanálise e autogestão¹⁴ do referencial da AI apresentam congruência com as nossas expectativas e apostas, de que, para a concretização do acolhimento, tem-se como dependência a real definição de necessidade pelos usuários e trabalhadores, e pela construção

¹³ Em vídeo do YouTube. “Acolhimento: algumas perguntas e respostas. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=TKLFYFfapaQ>. Acesso em: 21 abr. 2016.

¹⁴ Os conceitos de autogestão e autoanálise do referencial teórico metodológico da AI convidam as coletividades a voltarem a contatar/desenvolver sua própria referência de necessidade, e a partir dela gerir as estratégias de enfrentamento por elas elencadas. Reiterando os conceitos trazidos no referencial teórico metodológico, para a AI, por autoanálise compreende-se o processo em que os coletivos, ao olharem para si, apropriam-se de saberes acerca de seus desejos, necessidades, demandas, problemas, soluções e limites. Esta análise de si possibilita que esses coletivos possam se libertar dos critérios de verdade e eficiência impostos pelos instituídos, e, dessa forma, reconhecer e valorizar o saber que, na maioria das vezes, encontra-se apagado e subordinado aos saberes científico e disciplinar. Por autogestão compreende os processos em que o próprio coletivo promove o gerenciamento de suas vidas. Reconhece-se que toda forma de gestão resulta em certa divisão técnica do trabalho, que pode implicar diferenças de hierarquia de acordo com as diferentes peculiaridades e potências, porém deslegitima que essa hierarquia corresponda a diferenças de poder (BAREMBLITT, 2012).

(não estática) de ofertas e demandas nos contratos entre os dois. Tais contratos são realizados a partir da vocalização dos desejos dos sujeitos que, emancipados e autônomos, consigam disputar, politicamente, o que se define por necessidade.

Sem a intenção de ser prescritivo, mas correndo o risco de sê-lo, acreditamos que, para a concretização do acolhimento, em cada realidade, os espaços de encontros entre usuários e trabalhadores, em todos os âmbitos da atenção, precisam ser reinaugurados enquanto potência, ou seja, mediante às capacidades de produzir, inventar, transformar etc. (BAREMBLITT, 2012).

Concordamos com Macedo, Teixeira e Daher (2011) que a participação da comunidade no planejamento das atividades ofertadas pelas unidades de saúde é uma alternativa para o enfrentamento das problemáticas, no intuito de que o acolhimento seja efetivado enquanto dispositivo dialógico e potente para a reflexão acerca dos modos de operar.

Podemos inferir que a priorização de MIs da subdimensão AMAQ “Participação, Controle Social e Satisfação dos usuários” (A4.2; A5.4; A6.1; B4.1; B5.7; E7.2), ao terem elencado a necessidade de ampliação ou criação de espaços de participação comunitária no cotidiano das unidades de saúde pode ser potente e caminhar na direção da implementação do proposto acima.

7.2.2 Acolhimento: As Estratégias elencadas pelas equipes nas Matrizes de Intervenção

Para cada problema priorizado nas matrizes de intervenção, os trabalhadores das equipes de ESF dos municípios A, B, C, D, E e F elaboraram “objetivos”, “metas”, “estratégias para alcançar objetivos/metass” e “responsáveis” de acordo com a sugestão do instrumento AMAQ. Neste momento, discutiremos acerca das “estratégias para alcançar os objetivos/metass”, as quais, no texto, denominaremos de “estratégias de intervenção” ou somente de “estratégias”.

De modo geral, as estratégias que discorrem sobre as temáticas educação em saúde (A1.1; A1.2; A1.4; A2.1; A2.2; A5.2; B4.3; B4.5; B4.6; B5.8; C2.4; D1.2; D1.4; D1.3; D5.1; D6.2) e identificação dos indivíduos e/ou territórios (A5.6; B4.7; B4.8; B4.9; B5.3; B5.5; D1.2; E5.3; E12.1; E12.3) foram elencadas em relação aos problemas acerca da subdimensão AMAQ “Atenção Integral à Saúde. Nas MIs, acerca da subdimensão “Infraestrutura e

equipamentos” e “Insumos imuno-biológicos e medicamentos”, foram elencadas estratégias de solicitação junto aos gestores (C1.2; C1.3; C1.4; C1.5; E1.1; E5.1). Também foram arroladas estratégias para intervir nos problemas relacionados à “Organização do Processo de Trabalho” (A1.3; A2.1; A2.3; A3.1; A5.1; A5.5; A5.7; A5.8; A6.3; A6.2; B4.2; B5.2; B5.1; B1.2; C1.2; C1.7; C1.8; C2.2; D1.5; D5.2; D5.3; D3.1; E1.1; E2.1; E3.1; E3.2; E4.1; E5.2; E7.1; E7.4; E8.1; E9.1; E9.2; E9.3; E9.4; E10.1; E11.1; E13.1), à “Educação Permanente” (C2.3; D4.1; E7.3; E12.1) e à “Participação Controle Social e Satisfação dos usuários” (B4.1; B5.7; E5.3; E7.2).

Considerando que os problemas elencados nas MIs acerca da subdimensão Atenção Integral à Saúde foram o eixo da discussão do tema anterior, consideraremos as estratégias elencadas acerca dessa mesma subdimensão como eixo para a discussão deste tema, especificamente no tocante à “Educação em Saúde”, por ter se constituído de forma expressiva nos documentos.

Conforme definição do glossário temático do MS entende-se por educação em saúde o “[...] processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde”, e é também, um “[...] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2012 p. 19 -20).

Santos e Santos (2011), em uma revisão sistemática da literatura, encontraram que uma das dimensões do acolhimento identificada no PSF é enquanto produtor e potencializador de ações de educação em saúde, adesão terapêutica e qualidade de vida. As ações educativas junto ao acolhimento foram relatadas como fortalecedoras do vínculo e da confiança entre profissionais e usuários, como motivadoras para a adesão a tratamentos, aquisição de habilidades e para mudanças de comportamento.

Concordamos com a potencialidade das ações educativas conforme os achados de Santos e Santos (2011), mas também consideramos Vasconcelos (1989), quando assevera que a não preocupação com a dimensão pedagógica das ações educativas, mesmo permeadas de boas intenções, podem gerar mensagens “deseducadoras”, ao reforçarem práticas reducionistas e autoritárias.

As atividades de educação em saúde nas matrizes de intervenção foram planejadas pelas equipes para serem realizadas a partir de diferentes estratégias, dentre elas oficinas (A2.2), teatros (A2.2, A5.2, D1.1, D1.3), palestras (A2.2, A5.2, B4.3, B4.5, D1.1, D1.3, D1.4, D5.1), rodas de conversa (D6.2, D6.3), orientação (sem demais especificações) (A5.5, C2.4,

E7.1), orientações durante as consultas (A2.2, A5.2) e por meio da distribuição de informativos impressos (D5.1, F1.2).

[...] realização de oficinas, teatros e palestras abordando o tema gravidez na adolescência e DST nas escolas do bairro (nome) (A2.2)
 Realização de orientações pela enfermeira no dia da coleta de Papanicolau, pelo médico durante as consultas ginecológicas e pelas ACS nas visitas domiciliares (A5.2).
 Orientação aos usuários (sobre acolhimento) (A5.5).
 [...] Realizar a palestra nos dias de PPN (exame preventivo de câncer de colo de útero) após o horário comercial (B4.5).
 [...] Convidar os adolescentes da área de abrangência para participar da palestra sobre DST e sexualidade (B4.3).
 [...] Orientar quanto aos riscos do uso do álcool e drogas (C2.4).
 Palestras, reuniões e teatros (D1.1).
 Palestras e teatro (D1.3).
 Palestras voltadas à saúde do homem (D1.4).
 Realização de roda de conversa no (nome do evento) (D6.2)
 Fazer ofício para secretaria solicitando autorização para realizar palestras nas escolas (D5.1)

Das atividades acima elencadas, as de teatro, roda de conversa e orientação durante as consultas foram planejadas para acontecer nos espaços da unidade. As palestras, orientação (sem demais especificações) e distribuição de folhetos informativos foram elencadas para serem realizadas tanto nos espaços da unidade, quanto fora. Os espaços fora da unidade eleitos foram as visitas domiciliares (A2.2; A5.2) e as escolas (D5.1).

Advogamos que é a relação entre os sujeitos o eixo central das possibilidades no âmbito da educação em saúde e que essas relações são determinadas de acordo com a maneira pela qual esses sujeitos percebem o mundo, a sociedade e o próprio homem. Assim, parte-se do princípio de que nos espaços de encontro não existam posturas únicas e/ou neutras.

Desse modo, ao considerarmos que a educação em saúde está em constante movimento, admitimo-la enquanto instituição, conformada pelo suceder de aspectos instituídos e instituintes (L'ABBATE, 2004). Nesse sentido, retomaremos a trajetória da instituição Educação em Saúde no intuito de pontuar marcos que nos permitam compreender seu contexto atual.

As primeiras práticas sistematizadas de educação em saúde surgiram no final do século XIX, quando era preciso combater epidemias nos grandes centros urbanos devido aos prejuízos econômicos causados à exportação do café. Nesse contexto, a educação em saúde acontecia pela imposição de normas e medidas de saneamento, quando os técnicos tinham o saber que deveria ser aprendido pela população ignorante, incapaz de maiores compreensões. Dessa forma, o caráter prescritivo e impositivo de comportamentos considerados como

adequados pelas elites políticas e econômicas e a ausência do ator popular como elemento ativo caracterizaram a educação em saúde até a década de 1970 (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

No governo militar, de forma contraditória, quando a política de saúde se voltava principalmente à construção de complexos hospitalares e as ações educativas não tinham espaço, a população passou a buscar novas formas de resistência. Foi a educação popular, a partir do pioneirismo do estudioso e militante Paulo Freire, que se constituiu como norteadora da relação entre intelectuais e classes populares, oferecendo outra opção à tradição autoritária de então.

Diferentemente da educação tradicional, voltada à formação de pessoas produtivas para o mercado de trabalho e com competências necessárias à empregabilidade, a educação popular é pensada no sentido de atender as necessidades do povo, dos excluídos do processo educativo tradicional, para que, a partir de sua própria realidade, pela valorização do conhecimento historicamente acumulado, consiga se emancipar e ser protagonista de sua própria vida (MACIEL, 2011).

Na atualidade, acerca da relação entre as formas hegemônicas e emergentes de educação em saúde, Alves (2005) discorre sobre dois modelos distintos: o tradicional e o dialógico.

O modelo tradicional de educação em saúde mantém as características historicamente hegemônicas, em que as ações são pautadas em informações verticalizadas e pela ditadura de normas e comportamentos a serem adotados com o objetivo da manutenção da saúde (CHIESA e VERÍSSIMO, 2003). A principal crítica a esse modelo advém do fato de ele acontecer a partir de uma relação vertical e assimétrica entre usuários e profissionais, que desconsidera a determinação das necessidades subjetivas, as crenças e os valores inerentes ao processo saúde doença (ALVES, 2005). Desconsidera, também, o saber histórico do usuário e o mantém profissional-dependente.

De modo contrário, o modelo dialógico se propõe a práticas de educação em saúde centradas no sujeito, de modo que o usuário seja reconhecido como portador de um saber legítimo e diferente do saber técnico-científico. O objetivo não é o de informar, mas o de transformar os saberes existentes, com intuito de desenvolver, por meio da compreensão da situação de saúde, habilidades de autonomia e de responsabilidade com si mesmo, de forma que as ações de educação em saúde tenham também um caráter emancipatório (ALVES, 2005).

Nas MIs, as atividades propostas pelos profissionais para fornecer informações, das quais os usuários são considerados como desprovidos, e considerar que, de posse delas, eles

poderão mudar suas práticas, hábitos e condutas, revelam que a concepção de educação em saúde das equipes dos municípios participantes da pesquisa ainda transita no campo da lógica tradicional.

Os achados nas MIs não são isolados. Apesar de, no âmbito da reflexão, teórica e metodológica, a reorientação das propostas estar sendo bastante difundida, com ênfase na educação dialógica como de maior potência para o empoderamento dos coletivos (SILVA, 2010), na prática cotidiana, as ações têm sido percebidas enquanto nós, que, muitas vezes, atuam a favor da manutenção do hegemônico e instituído modelo biomédico (BRASIL, 2010; DIAS LOPES, 2013; ALMEIDA; MOUTINHO, 2016).

Essa reflexão se faz pertinente por acreditarmos que o acolhimento, ao se constituir como produtor de demandas e ofertas de educação em saúde deva propiciar que ambos (tanto o acolhimento, quanto as práticas de educação em saúde) caminhem, concomitantemente, no sentido da reorientação das práticas.

Valendo-nos mais uma vez de Franco e Merhy (2005) acerca da consideração de que as ações em saúde são aprendidas e de que, ao se questionarem as lógicas instituídas, tem-se potencial para construir novos modos de se fazer, cabe repensar sobre as formas com que os recursos pedagógicos têm sido apropriados pelos trabalhadores da área.

Para L'Abbate (1994) toda relação interpessoal desenvolvida entre o profissional de saúde e os usuários tem potencial de ser educativa no sentido dialógico, mas para isso, depende da disponibilidade de saberes, que possibilite essa relação. A autora refere ainda que avanços na apropriação de recursos didático-pedagógicos pelos trabalhadores, a partir de abordagens adequadas, podem contribuir para uma atuação viva e inovadora.

Alguns estudiosos têm questionado se a formação em saúde ofertada pelas universidades brasileiras tem conseguido de fato somar à reorientação das práticas já que, tradicionalmente, tem sido pautada em um modelo de ensino parcelar, especializado e que abrange aspectos cada vez mais limitados da realidade (ALMEIDA FILHO, 2013; GUIMARÃES; SILVA, 2010).

Nesse sentido alguns autores têm analisado o que os trabalhadores dizem a esse respeito. Fiuza et al. (2012) ao pesquisarem acerca das necessidades educacionais em saúde percebidas pelos profissionais de nível superior recém-admitidos para atuarem em unidades de ESF do município de Fortaleza (CE) referiram que 75% dos participantes da pesquisa (281 profissionais) afirmaram que sentem necessidade de que sejam feitos investimentos em educação permanente relacionado à temática. Os autores concluem que para que a educação

em saúde consiga no cotidiano do trabalho repensar os moldes instituídos, é preciso que as necessidades educacionais dos profissionais sejam colocadas em evidência.

De modo contrário, Piancastelli (2015) ao analisar a necessidade de qualificação apontada por profissionais médicos e enfermeiros trabalhadores da ESF, encontrou que 48 de 76 trabalhadores (63,2%) disseram não necessitar de qualificação sobre a temática (educação em saúde). Dias e Lopes (2013) ao questionarem enfermeiros de ESF sobre as dificuldades vivenciadas na realização dessas atividades, encontrou como fatores limitantes a insuficiência de recursos materiais, de espaço físico, e o desinteresse da população que, segundo os profissionais, desestimula a realização das ações (DIAS; LOPES 2013).

Enquanto enfermeira que atua na AB de saúde permito-me inferir que os limites destacados nos achados de Dias e Lopes (2013) corroboram com a fala de grande parte dos profissionais dos serviços de saúde nos quais atuei.

Desta forma é curioso notar que a prática pedagógica da educação em saúde, ou seja, a maneira de se organizar o processo educativo para encontrar a forma mais adequada para o exercício do ensinar e do aprender (SAVIANI, 2010), não foi elencada enquanto dificuldade pelos profissionais nas matrizes e ainda, a responsabilidade pelo insucesso das ações de educação em saúde foi repassada aos usuários. Acreditamos que essas “pistas”, mesmo não generalizáveis, caminham no sentido da necessidade de se repensar a lógica educativa tradicional ainda imbricada na formação e nas práticas de saúde.

L'Abbate (1994) considera algumas premissas básicas em relação às problemáticas da educação em saúde bastante pertinentes para nossa discussão. Dentre elas, a de que, em qualquer atuação para melhoria dos serviços de saúde, os profissionais devem ser capacitados para o aperfeiçoamento das relações sociais. A longa citação abaixo nos é interessante por indicar alguns princípios considerados aqui, fundamentais para o aperfeiçoamento do profissional para a relação educativa.

1. Para ser educador no desenvolvimento de atividades do cotidiano não é preciso tornar-se especialista em teorias da educação, em teorias pedagógicas, ou em teoria da comunicação, mas é preciso entender algo sobre: Primeiro, a existência de relações fundamentais entre educação e sociedade, no sentido de que toda teoria sobre educação contém uma visão de mundo e de sociedade ou, se quiser, uma ideologia; segundo, alguns pressupostos a respeito do processo ensino-aprendizagem, considerando que grande parte do trabalho do profissional de saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientações; terceiro, uma visão geral de como a educação em saúde tem sido desenvolvida enquanto concepção e prática nas instituições de saúde brasileiras, na medida em que estas foram sendo constituídas; quarto, a análise crítica do tipo de mensagens relacionadas à educação em saúde pelos veículos de comunicação de massa, sobretudo as

televisões comerciais, podendo mesmo ter contato com produções independentes ou até planejar material próprio. 2. Os profissionais/alunos devem sentir-se o tempo todo sujeitos do processo educativo e, da mesma maneira, aprender a considerar sujeitos o usuário e os outros profissionais. 3. Finalmente, outro princípio geral no qual se acredita é que **muito mais importante do que aprender técnicas é adquirir a postura de educador ou, explicitando melhor, estas só devem ser buscadas como recurso auxiliar ao processo educativo, porque o principal “instrumento” da relação educativa é o próprio educador** (Grifo nosso) (L’ABBATE, 1994, p. 483- 485).

Cabe enfatizar que algumas estratégias pedagógicas, apesar de reconhecidas como propostas que rompem com a atividade educativa tradicional, como, por exemplo, a roda de conversa, que se filia à pedagogia crítica de Paulo Freire e que se propõe a ser “uma estratégia política libertadora, que favoreça a emancipação humana, política e social de coletivos historicamente excluídos” (SAMPAIO et al., 2014, p. 1300), nas MIs são elencadas pelas equipes com a mesma finalidade das práticas pedagógicas tradicionais, ou seja, repassar informações aos usuários para que eles “tenham conhecimento”.

Essas ações estão presentes nas descrições de vários dos padrões de qualidade do instrumento AMAQ, porém, ao que parece, houve uma apropriação delas sem que se conhecessem seus referenciais. Essa apropriação ocorreu também em relação à estratégia, que tem como proposta a identificação de pessoas e territórios.

Aumentar o vínculo da população a fim de que os indivíduos mostrem a realidade através da crítica reflexiva (D1.2).

Objetivo: Que os usuários tenham conhecimento sobre métodos contraceptivos. Estratégia: Realização de roda de conversa no (nome do evento) (D6.2).

Objetivo: Que os usuários tenham conhecimento sobre DST / AIDS. Estratégia: Realização de rodas de conversa no (nome do evento) (D6.3).

Outras propostas elencadas pelas equipes nas MIs que podem ter potencial para fazer arranhaduras no instituído são as planejadas para acontecer nas escolas (A2.2; A5.7 e D5.1) e fora da unidade de saúde (D5.1), enquanto possibilidade de prática intersectorial; e as que consideraram a ampliação do horário de atendimento nas unidades para a realização de palestras sobre prevenção de DST, e de CA de colo de útero e de mama (B4.5).

Realização de oficinas, teatros e palestras abordando o tema gravidez na adolescência e DST nas escolas do bairro (nome) (A2.2).

Contatar a direção das escolas (nome) e (nome) por meio de ofício e programar atividade com data e hora pré-estabelecidas; Comunicar os pais por meio de cartazes ou através de recados em agendas sobre o trabalho, solicitando sua autorização (A5.7).

Fazer um grupo de tabaco fora da unidade com médicos, enfermeira e dentista, sobre o tabaco [...] Fazer ofício para secretaria solicitando autorização para realizar palestras nas escolas (D5.1).

Convidar a população feminina para assistir às palestras sobre CA de colo uterino, mama e DST. Realizar a palestra nos dias de PPN após o horário comercial (B4.5).

Nos casos acima, as estratégias potencialmente instituintes podem vir a ser capturadas pelo instituído e passar a atuar a serviço dele. Para a AI, na disputa de forças entre o instituído e o instituinte, próprio da instituição, tende-se que ela se desenvolva no não cumprimento da promessa inicial. Essa “traição” ou “fracasso da profecia” parece condizer com o que René Lourau definiu por efeito Mühlmann.

Heliana Conde, traduzindo Hess e Savoye (1993 p. 72-83), argumenta que, para a AI, compreende-se por efeito “a formalização de um fenômeno recorrente que se reproduz em certas ocasiões” e que “[...] uma vez estabelecidas essas ‘constâncias’ sociais, seu conhecimento pode guiar análises em curso ou futuras”. Nesse sentido, o efeito Mühlmann pode ser analisado acerca da própria instituição saúde quando desacolhe, e da instituição educação, quando disciplinar e doutrinária.

Para Monceau (2008), a instituição pode ser percebida pelos seus efeitos sobre os indivíduos e coletividades. Fortuna (2016, p. 16), ao citar o autor, afirma que esses efeitos são passíveis de mudança a partir da análise e do trabalho coletivo que “transforma para conhecer”. Por isso, faz-se necessário (em coletivo) estranhar o que está posto e identificar/reconhecer tais capturas em relação às práticas de educação em saúde e de acolhimento.

As formas com que as equipes propõem estratégias nas MIs também dão pistas sobre a maneira com que a equipe organiza seu trabalho: “Realização de orientações pela enfermeira no dia da coleta de Papanicolau, pelo médico nas consultas ginecológicas e pelas ACS nas visitas domiciliares” (A2.2; A5.2).

No município A, quando as equipes elencam como estratégia realizar orientação sobre planejamento familiar (A2.2 e A5.2) durante três momentos distintos (consulta médica, consulta de enfermagem e nas visitas domiciliares), demarcam-se características de um trabalho isolado, fragmentado e independente de cada profissional em detrimento da concepção/realização do trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e em equipe conforme direcionamento da PNAB (BRASIL, 2012a).

Outras estratégias são elencadas pelas equipes de forma a considerar aspectos de um cuidado abrangente, por exemplo, a garantia do acesso e do acolhimento, a reunião de equipe

e a integralidade da atenção. Tais estratégias, a nosso ver, configuram-se, por si só, como complexos problemas que careceriam de ampla problematização.

Qualificar a equipe da unidade de saúde da família; Planejar agenda dos profissionais; Garantir acesso do usuário na unidade; Acolher todo usuário que chega à unidade (B1.2).

Qualificar a equipe da unidade; Planejar agenda dos profissionais; Garantir acesso do usuário na unidade; Acolher todo usuário que chega à unidade (B5.3).

Reunião com a equipe duas vezes ao mês (C1.7).

Atualização dos cadastros; Implantação de sistema de informação acessível pela equipe para avaliação mês a mês; Envolver Conselho Gestor Local representando a população no planejamento (E4.1).

Ampliar o cuidado; Integralidade (E12.4).

Foram elencadas, nessa mesma subdimensão, MIs que tratam de aspectos administrativos elementares, o que não configura na organização e reestruturação do processo de trabalho, como define a descrição da subdimensão no AMAQ (BRASIL, 2012c).

Desenvolver documento para registro (C5.6).

Elaborar tabela de demanda espontânea; Elaborar tabela dos exames encaminhados (E1.1).

Elaborar ficha de busca ativa; elaborar tabela de demanda espontânea; Elaborar tabela dos exames encaminhados (E9.2).

Criação de ficha de rosto; fotocópia das fichas (E9.1).

Os resultados obtidos por Camacho (2016) parecem condizer com o fato de as equipes não questionarem a organização do trabalho ao elencarem nas MIs a necessidade de se identificarem as pessoas usuárias de álcool e outras drogas e os pontos de prostituição do território (A5.6, A6.2, B4.8; C2.4 e D5.2). Para esse fim, as equipes propuseram como estratégia a necessidade de identificar indivíduos e territórios para aplicação de testes classificatórios (AUDIT) e de redução de danos (distribuição de preservativos), respectivamente. São formas importantes, mas que não repensam o planejamento do acolhimento a essas pessoas, mantendo-as excluídas da proposta de cuidado longitudinal e integral da ESF.

Identificação dos indivíduos com possíveis graus de dependência ao álcool (A5.6).

Aplicação do AUDIT pelas CSs durante as VDs, identificando pessoas em risco e com abuso de álcool [...] (A6.2).

Fazer levantamento das pacientes vulneráveis a risco, portadoras de DST/HIV e usuárias de drogas que não fazem ou se recusam a fazer anticoncepção; Fazer PTS para cada uma (B4.8).

Identificação dos usuários de álcool e drogas; Orientar quanto aos riscos do uso do álcool e drogas; Aplicação do AUDIT (C2.4).

Identificar pontos de prostituição para entregar preservativos [...] (D5.2).

A constatação acima nos permite inferir que atuar em um território bem definido e estar mais próximo da vida das pessoas fazem da ESF lugar privilegiado, porém, por si só, não garante que os trabalhadores consigam de fato acolher os usuários e construir com eles uma resposta positiva às suas questões de saúde. Muito menos que consiga, isoladamente, redirecionar as práticas no sentido de uma atenção integral.

Desse modo, o instrumento e a política da territorialização, conforme assim considerado por Faria (2013), são apresentados como uma proposta de planejamento e gestão dos serviços de saúde que tem o intuito de orientar a organização dos processos de trabalho e das práticas, assim como definir a localização e as formas de acolhimento dos usuários em suas diversas complexidades em um espaço territorial previamente delimitado. A realização da territorialização é atribuição de todos os profissionais de saúde.

Nesse sentido, Ceccim (2005, p. 983), ao refletir acerca da territorialização na ESF, apresenta uma definição de território com a qual concordamos, ao considerar, para além do espaço físico, a interação viva do trabalhador com as realidades concretas.

O território de que falo não é físico ou geográfico: o trabalho ou a localidade. O território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho. Desejam-se com efeito de aprendizagem a prevalência da sensibilidade, a destreza em habilidades (saber fazer) e a influência em ato das práticas. Para habilitar um território será necessário explorá-lo, torná-lo sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com ginga, alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos, não somente cognitivos, não somente técnicos e não somente interacionais, mas políticos, comunicacionais, afetivos e interativos no sentido concreto, isto é detectável na realidade.

No território, a análise dos dados produzidos no acolhimento (em especial à demanda espontânea) tem sido considerada como potente instrumento para “detectar as alterações das paisagens” e, assim, direcionar as equipes na organização do processo de trabalho, no sentido de que, à medida que se acolhe, criam-se também possibilidades de realizar diagnósticos situacionais que podem direcionar as equipes e os gestores no planejamento em saúde.

Ao discutirmos acerca do território, é importante notar algumas de suas contradições, de modo que a própria organização do trabalho da ESF, ao atuar com a adstrição da clientela a partir do cadastramento das famílias, pressupõe que é necessário que as pessoas, para serem acolhidas, excetuando as situações de urgência e emergência, tenham, necessariamente, documentos que comprovem sua identidade e seu endereço.

Nesse sentido, parece-nos interessante discutir de maneira sucinta acerca destas exclusões. A importância é justificada, também, pelo cenário de desigualdade que assola nosso país e que propicia o aumento das vulnerabilidades, violências e violações de direitos.

Contanto terem sido as problemáticas do uso de drogas e da prostituição as elencadas nas MIs, discutiremos acerca dessas exclusões a partir delas.

O Relatório Mundial sobre Drogas afirma que 27 milhões de pessoas no mundo apresentam consumo problemático de drogas relacionado com transtorno e/ou dependência, e, ainda, que 243 milhões de pessoas (5,2% da população mundial) com idade entre 15 e 64 anos já usaram algum tipo de droga ilícita (UNITED NATIONS, 2014).

No Brasil, uma das considerações da Portaria Ministerial que criou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS foi a constatação da expansão do consumo de substâncias, em especial o álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes, associado ao contexto de vulnerabilidade de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2009).

Paula et al. (2014) afirmam que, dentre as dificuldades das equipes de ESF em abordar a problemática, está o velamento dessa informação pelos usuários, assim como receio em perguntar, por parte dos profissionais; a não identificação por parte do profissional das demandas dos usuários de álcool e outras drogas por não as reconhecer dentre o rol de suas atribuições; o despreparo para lidar com esse público, tendo como única oferta o referenciamento para unidades especializadas de saúde mental; e, ainda, o medo mencionado pelos profissionais por associarem o uso de drogas à delinquência e a comportamentos agressivos.

Fiúza et al. (2011) asseveram que, no imaginário das pessoas, o uso de drogas é tido como causa direta da violência, da prostituição, da destruição da vida e de um ciclo social doentio, o que tende a culpabilizar o indivíduo, deslocando-o da perversidade das desigualdades sociais que tornam vulneráveis indivíduos, famílias e comunidade. Os autores ainda afirmam ser preciso que os profissionais de saúde tenham elementos que lhes permitam ultrapassar o caráter moral e normativo que responsabiliza o indivíduo e o afasta das possibilidades de acolhimento pelo serviço de saúde (FIÚZA, 2011).

Nesse sentido, Brasil (1976) concorda com Fiúza et al. (2011) ao elencar como imprescindível que os profissionais de saúde compreendam a gênese do estigma e do preconceito, enquanto consequentes, também, da política de repreensão que o Brasil adotava desde a década de 1970, quando, na criação das primeiras leis para abordar a questão, a criminalização e judicialização eram as estratégias tanto de combate ao tráfico, quanto ao uso de substâncias ilícitas (BRASIL, 1976). Só no final da década de 1990, com um novo ordenamento jurídico, a questão da droga passa a ser considerada como, também, questão de saúde pública (BRASIL, 2006).

Outro desafio aos profissionais é o de, no acolhimento, transpor o olhar capitalista sobre o cuidado e, dessa forma, realizá-lo não na intenção de ampliar a oferta de pessoas hígdas que possam trabalhar, produzir e consumir, mas pelo respeito à vida humana em todas suas vicissitudes. Inclusive o respeito à autonomia das pessoas em relação às suas escolhas sobre os aspectos de sua própria saúde e modo de viver, contando que o desejo de deixar o vício não é uma realidade para todos os usuários (PAULA et al., 2014).

A mesma autora argumenta que, para o enfrentamento da problemática, tem-se a necessidade do fortalecimento de uma rede assistencial que consiga se apoiar mutuamente para o acolhimento, a garantia de cidadania e o cuidado integral a esse público. O apoio matricial de unidades especializadas de saúde mental para as equipes de ESF na condução dos casos tem sido relatado como promissor ao acolhimento, assim como o estreitamento dos vínculos da equipe com o usuário de drogas e o familiar, mediador dessa relação, também durante as VD (PAULA et al., 2014).

Apesar de os estudos de Paula et al (2014) e Fiúza et al. (2011) serem a respeito de realidades específicas, no cotidiano do trabalho esses resultados têm sido vivenciado e descrito pelos profissionais da AB. Portanto, ao olhar para o território deste estudo e considerar que para o enfrentamento da problemática tem-se como premissa o fortalecimento da rede assistencial, o desafio torna-se ainda maior, visto que, dos seis municípios da Região Coração da DRS III Araraquara, apenas dois referem atender demandas de saúde mental nas unidades de AB. Os municípios B e D afirmam encaminhá-las para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o município A relata vazio assistencial acerca da atenção à problemática (SÃO PAULO, 2012).

As questões de definição de fluxo assistencial, conforme acima mencionado, são avaliadas no AMAQ pela Gestão municipal, porém, caso sejam diagnosticadas pelas equipes, faz-se necessário que esse canal de comunicação entre os trabalhadores da ponta e os gestores seja possível, e que esses pontos sejam também problematizados. Nas MIs da RC, as equipes solicitam aos gestores questões relacionadas à necessidade de adequações na estrutura física das unidades, de profissionais nas unidades, da aquisição de materiais, ou da liberação para a realização de atividades fora da unidade, estando esta basicamente como apoio logístico, o que pode desvinculá-la de seu papel assistencial.

Ainda sobre o território, há muitas pessoas que transitam por ele e fazem da rua moradia, portanto, na maioria das vezes, tem dificuldades em serem cadastradas e acolhidas pelo serviço da ESF. No intuito de ampliar os espaços de acolhimento a essa população, o MS implantou as equipes de Consultório de Rua (eCR), considerando, ainda, que o cuidado a

todas as pessoas é de responsabilidade de todo profissional do SUS, integrado ou não a estas equipes (BRASIL, 2011).

Em 2004, a estratégia de Redução de Danos passou a fazer parte do rol de atividades das eCRs na implementação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas. A redução de danos busca como objetivo primeiro, como menciona Fonseca (2012, p. 15) “[...] a constituição de ações que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS”, como os de saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS etc.) e os serviços de atenção primária à saúde (ESF etc.) (BRASIL, 2004). Tem-se, portanto, que tais estratégias são também formas de se acolher.

Por último, das estratégias acerca da Participação, controle social e satisfação dos usuários, tem-se como principal ação o convite aos usuários para a formação de Conselhos Locais de Saúde; e para a participação em reuniões de equipe.

Garantir horário na agenda, convidar todos os usuários, principalmente os líderes (E7.2).

Convidar a população para participar das reuniões de equipe (B5.7)

Realizar mobilização/reunião com a equipe e com os usuários das microáreas, para sensibilização quanto à importância da participação popular; Convidar a população para participar de algumas reuniões de equipe; Votação para formação do CLS (B4.1).

Tem-se, então, que tanto a complexidade quanto a potencialidade do colhimento em saúde ocorrem justamente devido o fato de este último acontecer no campo das relações. Nesse sentido, sugere-se o incremento de atividades de educação permanente, apoio institucional, de autoanálise e autogestão e de matriciamento.

As estratégias que versam sobre a necessidade de qualificação da equipe são elencadas especificamente em relação ao acolhimento à demanda espontânea, portanto serão discutidas no tema “A Concepção do Acolhimento nas Matrizes de Intervenção”.

7.2.3 A Concepção do Acolhimento nas Matrizes de Intervenção

O acolhimento aos usuários foi priorizado como “problema” nas MIs dos municípios A e B. Pensamos que, apesar de as MIs serem de dois dos seis municípios participantes deste estudo, sabidamente, a problemática do acolhimento carece de ser repensada e discutida em relação a todo o sistema de saúde, e, ainda, conforme nosso foco, na Região Coração da DRS

III Araraquara (FORTUNA, 2016; CAMACHO, 2016). Assim sendo, não o priorizar nas MIs dos quatro municípios pode estar refletindo a não percepção do acolhimento como problemático pelos trabalhadores das equipes.

Ao analisar as MIs dos municípios A e B, percebemos que as escritas poderiam fornecer pistas do que as equipes têm concebido por acolhimento, e, mais do que isso, qual a concepção de modelo de saúde que tem direcionado suas práticas. Optamos por discutir aspectos que emergem das MIs a partir de alguns pontos.

As equipes indicam que, na rotina das unidades, o atendimento à demanda espontânea tem acontecido a partir da ordem de chegada (A5.5), de forma “pouco humanizada, escuta pouco qualificada”, assistemática e contando com infraestrutura e recursos humanos inadequados (B4.4).

A partir desta realidade, as equipes inferem que o acolhimento ocorra nas unidades no momento em que o usuário chega. Seria o direcionamento a ser dado por um membro da equipe de saúde, após a chegada do usuário em demanda espontânea. Não é possível afirmar sobre os consensos entre trabalhadores e usuários sobre o rol de possibilidade para o direcionamento deste último. Porém, baseando-nos nos estudos de Fortuna (2016), nesse mesmo contexto, o acolhimento tem se configurado como “triagem” em que o trabalhador decide se o usuário vai ter acesso ou não à consulta médica. E essa percepção também é compartilhada por outros pesquisadores a partir de outros contextos (RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2013; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Outro ponto importante é que nas MIs o acolhimento foi associado à ideia de classificação de risco, ou avaliação da prioridade, em conformidade com os preceitos da PNH. Também foi previsto nas MIs que a sistematização dos dados produzidos durante o acolhimento sirva para repensar o trabalho e para a readequação da agenda dos profissionais.

Nesse sentido, ao ser elencado com intuito de atender à demanda espontânea, por meio da classificação de risco, o acolhimento pode configurar-se como potente instrumento também na produção de dados que permitam as equipes repensarem seu processo de trabalho, no sentido de que, direcionado à integralidade do cuidado, possa agregar forças à mudança do modelo de atenção. Tal constatação está em conformidade com os atributos do acolhimento elencados nas MIs do município B, ao indicar que deve ser realizado de forma humanizada, resolutiva (B1.2, B4.10; B5.1 e B5.3), com escuta qualificada e que considere a privacidade dos usuários (B4.4).

De modo contrário, se no cotidiano dos serviços o modelo de atenção não estiver sendo questionado, com intuito de transpô-lo, corre-se o risco de que o acolhimento esteja

sendo capturado pelas forças instituídas, reiterando-as ao invés de questioná-las. Por exemplo, quando o usuário vai até a unidade de saúde em busca de consulta médica e os trabalhadores no acolhimento ofertam somente esse atendimento. No momento do acolhimento, em relação, trabalhador e usuário discorrem acerca do que ambos concebem por necessidade. Caso a compreensão de saúde de ambos esteja voltada às premissas médico-centradas, repensar no processo e trabalho acaba por desencadear “mudanças” (que, para nós, são “persistências”) traduzidas no remanejamento ou ampliação de agendas para consultas médicas, na requisição de mais médicos na unidade etc.

Podemos, ainda nesse sentido, inferir que a equipe (ao responder às necessidades dos usuários) possa compreender estar atendendo aos preceitos do acolhimento enquanto resolutivo e humanizado (conforme as MIs do município B). Porém, ao responder especificamente à lógica “triadora”, resolutivo parece traduzir acesso à consulta médica e humanizado, cordialidade e respeito. É uma redução que não problematiza a relação entre o acolhimento e a atuação da ESF enquanto potentes na reestruturação do SUS.

Dessa forma, repensar o acolhimento é também repensar acerca das concepções de saúde e de modelo de atenção, produzidos e reproduzidos entre usuário e trabalhadores no cotidiano dos serviços. A classificação de risco, por exemplo, ao se conformar enquanto um “protocolo” para o acolhimento, certamente se constitui enquanto aspecto fundamental a auxiliar o direcionamento do cuidado, mas, para se constituir enquanto potência com vistas à mudança do modelo de atenção, depende que essa classificação não se restrinja aos riscos em termos biológicos apenas. Portanto, é essencial que os trabalhadores, durante o acolhimento aos usuários, considerem, também, as condições de vulnerabilidade em que as pessoas vivem, assim como as subjetividades inerentes aos seres humanos etc., representando o acolhimento como a oportunidade de inseri-la nas linhas de cuidado (ou nas ações disponíveis a depender da organização dos serviços).

Um exemplo: quando o usuário procura por consulta médica devido à glicemia elevada, e durante o acolhimento o trabalhador percebe a relação dessa condição com dificuldades em tomar a medicação, seguir a dieta, estresse etc., dentre o rol de possibilidades no cuidado com o usuário, ele pode contar com outros membros da equipe, com os familiares e com serviços disponíveis em outros pontos de atenção etc., para além da consulta médica, objetivo da procura inicial pelo serviço de saúde.

Por outro lado, caso o acolhimento seja realizado a partir somente dos aspectos biológicos pautados na estrita verificação de sinais vitais, tem-se o risco de as unidades de ESF atuarem conforme os pronto-atendimentos, atendendo demandas agudas ou agudizadas, e

pautado no curativo em detrimento da integralidade. No nosso exemplo, o acolhimento limitar-se-ia ao agendamento da consulta médica.

Outro ponto a ser discutido diz respeito à necessidade de “capacitação da equipe” enquanto estratégia elencada nas MIs para a realização do acolhimento à demanda espontânea. Considerando que, independentemente da forma com que se dá, o acolhimento acontece nos serviços (FEUERWERKER, 2014) questiona-se se a necessidade de capacitação é referente a dificuldades das equipes na atribuição de classificar o risco, devido às complexidades biológicas de cada indivíduo, ou se a necessidade de capacitação se constitui como “constatação” das equipes de que as práticas por elas realizadas no cotidiano do trabalho diferem dos padrões de qualidade do instrumento AMAQ (eleitas como integrais e de qualidade), e, assim, “solicitam” por instrumentalização para fazer de outra forma.

Compreendendo que, apesar de o instrumento reiterar que durante as autoavaliações as equipes devam problematizar as questões em acordo com a realidade vivenciada, é a pontuação quanto à adequação ao padrão que pondera e classifica a unidade, indicando, ainda, o repasse financeiro em consonância com essa classificação. Desse modo, por um lado, o instrumento parece potente no sentido de oferecer parâmetros às equipes e, assim, fazer com que questionem suas práticas, por outro, uniformiza-as ao considerar que a total conformidade com a descrição do padrão é o que a elevaria ao grau de muito satisfatório, ou seja, próximo ao que o instrumento considera por atenção integral. O que justificaria a estratégia de “capacitação da equipe” ter sido elencada em todas as MIs acerca do acolhimento com classificação de risco.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como vimos, o PMAQ surge como proposta de avaliação das ações e serviços ofertados pela AB, no intuito de dar suporte ao planejamento das equipes. A construção das MIs é sugerida pelo instrumento AMAQ, a ser realizada com base na identificação e priorização dos problemas no território e na elaboração de estratégias com vistas à qualificação do cuidado e à ampliação do acesso. Esse é, também, um documento comprobatório do planejamento das equipes, requerido na etapa de Avaliação Externa como requisito à certificação. Portanto, a escrita das MIs ocorre nesse contexto, no qual são, concomitantemente, endereçadas às próprias equipes, na retroalimentação dos processos autoavaliativos, e aos avaliadores externos do PMAQ.

O desenho das MIs formatado em “quadro” com caselas também conforma o seu conteúdo escrito. Enquanto instituição, a escrita permite operações cognitivas que extrapolam o âmbito individual e reverberam interferindo nos pensamentos, nas ações e na construção da sociedade. Nas MIs, porém, essa instituição que nos traz um desenho imaginado de liberdade e movimento, aparece aprisionada em grades, doutrinadas a “dizer” o que o instrumento pede para ser dito (induzindo a construção de um documento objetivo, pouco problematizado e a partir do raciocínio causa-efeito).

As escritas das equipes (assim como as nossas) conformam-se em acordo com a concepção de saúde-doença, o conhecimento acumulado, as crenças, os valores, o ideário político-ideológico, dentre outros. Essa concepção é que define a prática cotidiana dos profissionais. Prática que, ao ser autoavaliada, repercute no que as equipes priorizaram como problemas e na forma que elegeram neles intervir, por meio das estratégias. Vale enfatizar que essas concepções (e práticas) estão em constante movimento, e que o fato de terem sido aprendidas é a própria potência, que possibilita que outras formas também o possam ser.

O acolhimento foi elencado nas MIs, especificamente, em relação ao atendimento à demanda espontânea. Nessa perspectiva, como dispositivo para interrogar os modos de fazer das equipes, o acolhimento é capturado pela classificação do risco e pelo ordenamento dessa demanda, sem que se questionem de fato as práticas de saúde ofertadas e as necessidades de saúde dos usuários.

A análise do acolhimento nos problemas e estratégias das MIs não se restringiu à concepção das equipes (à demanda espontânea). Foi realizada a partir da sua compreensão enquanto potente dispositivo para a mudança do modelo de atenção com vistas à

implementação das RAS e, também, como ferramenta que opera, invariavelmente, em todos os encontros entre os profissionais e entre profissionais e usuários em todos os pontos dessa rede.

Os problemas priorizados pelas equipes da RC nas MIs apresentam-se dentro dos limites das áreas programáticas (saúde da criança, saúde do idoso, saúde da mulher, dentre outros), o que, em relação ao acolhimento, impõe limites quando se leva em consideração a integralidade do cuidado. Apesar de as premissas do instrumento autoavaliativo considerarem as RAS, nas MIs os problemas aparecem circunscritos à organização do trabalho nas unidades de saúde (criar fichas, tabelas, monitorar exames, dentre outros), o que torna frágil a compreensão da própria unidade como um dos pontos de atenção que integra essa rede, e também em relação à continuidade responsável do cuidado nos outros pontos.

Os problemas são elencados em relação ao trabalho das equipes (falta de acompanhamento, falta de atendimento, falta de monitoramento, dificuldade em acompanhar, dentre outros), tendo como foco o próprio trabalho e não questionando a qualidade da atenção e a satisfação do usuário.

Ademais, nas MIs os problemas priorizados pelas equipes possibilitam curtos repertórios de ação, não congruentes com as complexidades em que se deseja intervir. As estratégias, por sua vez, somam propostas que se encaixam no que está instituído sem que se questione a prática dos serviços de forma aprofundada. Por exemplo, em relação à falta de acompanhamento a pessoas com hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*, planeja-se entregar folhetos explicativos e dietas específicas; e no tocante à falta de informação por parte das gestantes, prevê-se escolher melhor dia para o curso (melhor para quem?), convidar as gestantes (identificadas como de difícil adesão em outras MIs) e impressão (?) para ajudar no “ensinamento”.

Os problemas traduzem, ainda, a dicotomia na construção das ofertas e das demandas nos serviços, de modo que usuários (consumidores) e trabalhadores (produtores) aparecem em lados opostos da atenção. Dessa forma, os problemas relacionados às equipes são concernentes ao não acompanhamento, monitoramento, dentre outros, e os relacionados aos usuários são acerca da não adesão, a falta de informação, falta de consciência, de modo que o usuário aparece como destituído de algo. Desse “algo”, às vezes a equipe menciona saber o que é e considera as prescrições baseadas em seu saber como únicas e legítimas (científicas); em outras ocasiões, elas não definem as ações com as quais desejam intervir nas situações de saúde (como as relacionadas às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças) e

elegem “alguma” intervenção. Essa intervenção inespecífica, na nossa percepção, soou como dificuldades das equipes em planejar estratégias diferentes das já instituídas nos serviços.

Identificamos, também, que as equipes solicitam por capacitação para a realização do acolhimento. Nesse sentido, no contexto estudado, ações de educação permanente são bem-vindas.

Além disso, algumas ações descritas nos padrões de qualidade do instrumento AMAQ que têm na sua gênese propostas mais instituintes (como as rodas de conversa, as ações intersetoriais, dentre outras), aparecem nas MIs apropriadas pelas equipes, de forma a reiterar os instituídos (roda de conversa que são na verdade palestras, atividades intersetoriais que são estipuladas pelo serviço de saúde).

É certo que a Matriz de Intervenção expressa parte do processo autoavaliativo realizado pelas equipes e tem dado conta de algo restrito: a reprodução do instituído. Cabe salientar que o método adotado nesse estudo (análise documental), isoladamente, não nos possibilitou identificar se no processo houve também aspectos instituintes, de autoanálise e de autogestão. Outros métodos, como a entrevista e/ou grupo focal a serem realizados com os trabalhadores participantes dos processos autoavaliativos, junto à observação desses momentos, trariam mais elementos a contribuir na análise do acolhimento no contexto de avaliação do trabalho das equipes de ESF.

Em suma, as escritas nas MIs materializam o que, para nós, seria o processo de institucionalização do processo autoavaliativo, no sentido de que a autoavaliação enquanto proposta instituinte do PMAQ/AMQ é capturada pelo próprio instrumento por ele proposto. Sugere-se, pois, que o processo autoavaliativo seja também colocado em análise pelas equipes.

Este estudo tem como lacunas: a perda de parte dos documentos coletados eletronicamente (fotografia das matrizes de intervenção do município E), perda de dados (devido à ilegibilidade das escritas de algumas MIs), e a não análise desses processos (percurso metodológico) enquanto parte da análise do próprio estudo.

Deste trabalho também derivam algumas questões: como a escrita tem sido instituída (e tem instituído) na/pela instituição saúde? Como está sendo instituído o acolhimento na percepção dos usuários de saúde?

A escrita na instituição saúde é especialmente importante a ser analisada devido à atual conjuntura em que o SUS, enquanto uma normativa (à princípio), vê-se mais fortemente ameaçado. Há alguns meses, a presidenta da república Dilma Rousseff sofreu processo de impeachment sem que para isso tivesse justificativa cabível, segundo as correntes de

esquerda. As da direita defendem a ideia de que o processo, por eles instituído, foi justo e legítimo. Ao nosso entender, o SUS, enquanto um sistema de saúde público e universal é uma pauta da esquerda, portanto um governo de direita, mais orientado às lógicas neoliberais, faz-nos ficarmos atentos à sua defesa.

Os processos instituídos, os de institucionalização e os instituintes ocorrem nos contextos, definindo modos, formas, jeitos, lógicas... O SUS é uma dessas lógicas que foi instituída por pressão popular, pelo desejo dos brasileiros que, em 1988, formaram movimentos em favor do reconhecimento da atenção à saúde enquanto direito reconhecido em constituição. O SUS enquanto instituição, portanto, está sujeito às forças instituintes, que podem também dissolvê-lo.

Estudos acerca da qualidade dos serviços ofertados no SUS, inclusive em relação ao acolhimento ao usuário, são imprescindíveis para ajudar as equipes, os gestores de saúde e os usuários a debaterem acerca desse sistema e, assim, ajudarem a pensar formas de acolhermos com mais qualidade.

Buscamos, neste estudo, identificar o acolhimento nas escritas das equipes de ESF e reconhecer alguns processos instituintes e de institucionalização. Cientes de que os estudos qualitativos não têm a pretensão de generalizações de seus resultados, mas apontam pistas, lacunas e perspectivas para compreensão de realidades complexas, como é o caso do acolhimento nos serviços de AB à saúde, temos a expectativa de que a análise documental realizada também traga elementos que se juntem ao escopo de estudos, e que possam auxiliar as equipes de saúde a caminharem em direção à qualificação do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.; PEREIRA, M.; RAMOS, N. **Curso de Autoaprendizado** – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB) – Apostila completa. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=149>. Acesso em: 20 fev. 2016.

ALMEIDA ER, Moutinho CB, Leite MTS. Family health nurses' teaching practice in the health education development. **Interface** (Botucatu). 2016; v.20, n.57, p. 389-401.

ALMEIDA FILHO, NM. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro v. 18, n. 6, junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600019>. Acesso em: 27 mar. 2016.

ALVES, M. G. M.; CASOTTI, E.; OLIVEIRA, L. G. D.; MACHADO, M. T. C.; ALMEIDA, P. F.; CORVINO, M. P. F.; MARIN, J.; FLAUZINO, R. F.; MONTENEGRO, L. A. A. Engajamento no trabalho, impedimentos organizacionais e adoecer: a contribuição da Ergonomia da Atividade no setor público brasileiro. **Saúde Debate** | Rio De Janeiro, v. 38, n. especial, p. 34-51, out. 2014

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev.2005.

BAREMBLITT, GF. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. 6 ed. Rio de Janeiro: Editora FGB/IFG, 2012.

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Tradução: Plínio Dent-zien. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2001.

BENAZZI, AST, LIMA, ABS; SOUSA, APS. Pré-natal Masculino: um novo olhar sobre a presença do homem. **R. Pol. Públ.**, São Luís, v.15, n.2, p. 327-333, jul./dez. 2011.

BOSI, MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, Brasília, DF , 2015.**

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade – AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 134p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2008. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Seleção de prioridades de pesquisa em saúde**: guia PPSUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MS (Ministério da Saúde) 2000. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília. (Mimeo)

CAMACHO, GA. **A política nacional de humanização e suas diretrizes acolhimento e cogestão**: a perspectiva de gestores municipais de saúde. [Dissertação de Mestrado] Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2016.

CAMPOS, GWS. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. n.17, p. 398-403, 2005.

CARVALHO, SR; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2029-2040, 2008

CARVALHO et al., Francisca Patrícia Barreto de. Conhecimento acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. APS**. 2013 out/dez; 16(4): 386-392.

CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10 n.4 Rio de Janeiro Out./Dec. 2005.

CELLARD, A. Análise Documental. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

CHIESA, AM; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 fev. 2016.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP GAB Nº 004/2011**. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_4.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-38.

DALCIN M, GOULART GR, MAGAJEWSKI FRL. Planejamento Local no cotidiano das Equipes de Saúde da Família em Joinville – SC. **Cienc Cuid Saude**, 2010 Jan/Mar; 9(1):114-122

DIAS GAR, LOPES MMB. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Rev Enferm UFSM**, 2013 Set/Dez; 3(3):449-460.

FAGNANI, E. **Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**. [Tese de doutorado] Campinas: IE-Unicamp, 2005.

FARIA RM. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do Território. **Hygeia**, 9 (16):131 - 147, Jun/2013.

FELISBERTO DF et al. Qualidade dos serviços oferecidos em uma Unidade de Saúde da Família: avaliando a conformidade com os padrões do Programa Avaliação para Melhoria da Qualidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.2, p.473-485, abr./jun. 2013.

FEURWERKER L. **EPS em Movimento** (depoimento). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PD0wkgHF-oc>. Acesso em: 22 mar. 2016.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoasistenciales, gestión y organización del trabajo en salud: nada es indiferente en el proceso de lucha para la consolidación del SUS. **Interface** (Botucatu) [online]. 2005, vol.9, n.18, pp.489-506. ISSN 1807-5762.

FILHO JMJ. Engajamento no trabalho, impedimentos organizacionais e adoecer: a contribuição da Ergonomia da Atividade no setor público brasileiro. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 40 (131): 98-108, 2015.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. ISBN 85-7541-017-2. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

FIÚZA, TM et al. Necessidades educacionais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF): possibilidades de Educação em Saúde no município de Fortaleza (CE). **Rev bras med fam comunidade**, v. 7, n. 24, p.139-46, Florianópolis, 2012.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; KAWATA, L. S.; CAMARGO-BORGES, C. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mai-jun 2011;19(3):[08 telas].

FORTUNA, C. M. et al. Uma pesquisa socioclínica na França: notas sobre a Análise Institucional. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 26, n. 2, p. 255-266, Maio/Ago, 2014.

FORTUNA, C. M. Livre-docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, EERP/USP, Brasil. **Práticas de Acolhimento e os modos de gestão na Atenção Básica em Saúde à luz da Análise Institucional**. Ano de obtenção: 2016.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Construção Social da Demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**; Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2005. p. 183-196.

GARUZI, M.; ACHITTI, M. C. O.; SATO, C. A.; ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-9, 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 20 - 29. Mai/Jun. 1995.

GOMES MHA; MARTIN D.; SILVEIRA C. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em saúde coletiva. **Interface**: Botucatu, v.18, n. 50, p. 469-77, 2014.

GOMES, MCPA; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, v.9, n.17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GUIMARAES, DA; SILVA, ES. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2551-2562. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500029>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

HESS, R.; SAVOYE, A. Les Effets. In : HESS, R. ; SAVOYE, A. **L'Analyse Institutionnelle**. 2^a édition. Paris PUF, 1993 (1^a ed 1981). Tradução de Heliana de Barros Conde Rodrigues.

HILÁRIO, MAS. **Gestão por resultados na administração pública**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Planejamento Governamental e Orçamento Público) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2009.

IBGE. **Censo Demográfico 2000** – Características Gerais da População. Resultados da Amostra. IBGE, 2003. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default_populacao.shtm. Acesso em: 02 mai. 2011.

IBGE. **Questionário Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/questionarios.php>. Acesso em: 02 mai. 2011.

JAPUR M; BORGES CC. Sobre a (não) adesão ao tratamento: Ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e Contexto Enferm**. Florianópolis, 2008. Jan-mar; 17(1): 64-71.

L'ABBATE S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. **Mnemosine**, v. 8, n. 1, p. 194-219, 2012.

L'ABBATE S. Educação em saúde: Uma nova abordagem. **Cad Saúde Pública**. 1994 May;10(4):481-90.

LOPES EAA; SCHERER MD; COSTA AM. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus, actas de saúde colet, Brasília**, 9(2), 237-250, jun, 2015.

LOURAU, R. **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MACEDO, CA; TEIXEIRA, ER; DAHER, DV. Possibilidades e limites do Acolhimento na percepção de usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):457-62.

MACIEL KF. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez. 2011

MARTINS AA; FRANCO TB; MEHRY EE. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 457-474, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200012 Acesso em: 20 fev. 2016.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre os seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1998.

MEDRADO JRS.; CASANOVA AO; OLIVEIRA CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 39, n. 107, P. 1033-1043, Rio de Janeiro out./dez. 2015.

MENDES, JDV.; BITTAR, OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo - informações com implicações no planejamento de programas e serviços. **Rev. Administ. em Saúde**. Edição Especial (Suplemento), Jan. 2010.

MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: ONOKO, R; MERHRY, E. E. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. P. 71-112.

MERHY, EE.; FRANCO, TB. Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Saude_ts.pdf Acesso em: 08 dez. 2015.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 408 p.

MITRE, SM; ANDRADE, EIG; COTTA, RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal, Rev. de Psicol.**, v. 20, n. 1, 2008.

MOURA BL et al.. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.10 supl.1 Recife Nov. 2010

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. (Série Brasil) [Internet]. 2011; 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, vol.29 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2013

PAIM JS. Planejamento de saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. (org.) et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2006.

PAIM JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 2001.

PAIM JS. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2007.

PAULA ML; JORGE, MSB; VASCONCELOS MGF; ALBUQUERQUE RA. Assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.

PEREIRA IB; LIMA JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf> Acesso em: 08 dez. 2015.

PIANCASTELLI CH. **Estratégia Saúde da Família diante da qualificação do acesso e cuidado**: desvelando cenários e revelando encontros e desencontros. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p. 8ª Ed. 2009.

PINHEIRO, RS.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

POLIT, D. F; BECK, C. T, HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorelli. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELA, L; DIAS, MS A; VASCONCELOS, MIO. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da autoavaliação em Sobral, Ceará. **S A N A R E, Sobral**, V.12, n.1, p. 40-45, jan./jun. – 2013.

REHEM, TCMSB.; EGRY, EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 16, n.12, p. 4755-4766, 2011.

RIBEIRO LCC; ROCHA RL; RAMOS-JORGE, ML. Acolhimento nas equipes de saúde da família: uma revisão integrativa / Acceptance in Family Health teams: an integrative review. **Rev. méd. Minas Gerais**; 23(4), out.-dez. 2013.

ROMAGNOLI RC. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 525-536, 2009.

ROMAGNOLI RC. O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n. 1, p. 44 – 52, 2014.

SAMPAIO J; SANTOS GC; AGOSTINI, M; SALVADOR AS. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)** [online]. 2014, vol.18, suppl.2, pp.1299-1311. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>. Acesso em: 24 mar. 2016.

SAMSON D. Escrita e trabalho de institucionalização: o efeito Goody. In: L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lucia Cardoso; PEZZATO, Luciane Maria (orgs). **Análise institucional**

e saúde coletiva no Brasil (Analyse institutionnelle et santé collective au Brésil), Sao Paulo (Brésil) : Hucitec, p. 131-146. 2013.

SANTOS IMV.; SANTOS AM. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de salud pública**, v. 13, n. 4, ago. 2011.

SANTOS LR.; PIOVEZAN PR. Política Social: Fundamentos e História. **ORG & DEMO**, Marília, v. 14, n. 2, p. 155-160, Jul./Dez., 2013.

SÃO PAULO. Equipe Técnica DRIII Araraquara. **Mapa de Saúde da Região Coração do Departamento Regional de Saúde III** - Araraquara. São Paulo, 2012.

SARTI TD et al. A institucionalização da Avaliação na Atenção Básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da Estratégia Saúde da Família. **UFES Revista de Odontologia**. v. 19, n. 1, p. 63-69, 2008.

SÁ-SILVA JR; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI. J. F. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Br. de História & Ciências Sociais**. Ano I, n. I, Jul, 2009.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 3. ed. rev. Campinas, SP: Autores Associados, 2010. (Coleção memória da educação).

SCHNEIDER PM. Traição da profecia, ou à procura do poeta desaparecido: uma homenagem ao legado de René Lourau. **Saúde e Loucura: análise institucional**, n. 8. 2ª edição. Ed Hucitec. 2005.

SILVA CMC. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2539-50, 2010

SOUSA BC; SENA, EL S; BOERY, Rita NSO; VIEIRA, SNS; SANTOS, SV; YARID SD; BRITO JR; SALES, ZN; MOREIRA, RM. Famílias homoafetivas na Estratégia de Saúde da Família: uma reflexão bioética. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 12, nº 39, jan/mar 2014.

SOUZA DS. **Potencial criador e transformador do trabalho em saúde para (re)configuração de modelos de atenção**. Ribeirão Preto, 2014. 198 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

SPAGNUOLO RS.; JULIANI CMCM; SPIRI WC; BOCCHI SCM.; MARTINS STF. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saúde**, 2012 Abr/Jun; 11(2):226-234.

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

TRAVERSO-YÉPEZ, MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 11(22), 223-238, 2007

VASCONCELOS EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, 2004; 14(1):67-83

VASCONCELOS EM. A medicina como deseducadora. In: VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

VASCONCELOS M; GRILLO, MJC; SOARES, SM. **Unidade didática I**: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde / Horácio Pereira Faria... [et al.] -- Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2009. 4 v. 72p. il. + 1 DVD. -- (Educação a Distância).

VIVOT CC. **Análise institucional e política de educação permanente**: ferramentas de gestão e institucionalização da atenção básica no município de Sorocaba/SP. 2014. 222f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Estrutura do instrumento AMAQ - AB. Fonte: AMAQ – AB (2012).

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	A - Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		B - Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		C - Gestão do Trabalho
		D - Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	E - Apoio Institucional
		F - Educação Permanente
		G - Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	H - Infraestrutura e Equipamentos
		I - Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	J – Perfil da Equipe
		K - Organização do Processo de Trabalho
		L – Atenção integral à Saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário

ANEXO B - Modelo de Matriz de Intervenção. Fonte: AMAQ – AB (2012)

MATRIZ DE INTERVENÇÃO

Descrição do padrão:						
Descrição da situação problema para o alcance do padrão:						
Objetivo/Meta:						
Estratégias para alcançar os objetivos/metabol	Atividades a serem desenvolvidas (Detalhamento da Execução)	Recursos necessários para o desenvolvimento das atividades	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos e indicadores para avaliar o alcance dos resultados

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 128/2016, de 29.04.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 209ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de abril de 2016.

Protocolo CAAE: 53990316.2.0000.5393

Projeto: Acolhimento na atenção Básica: pesquisa documental

Pesquisadores: Karemme Ferreira de Oliveira
Cinira Magali Fortuna (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Cinira Magali Fortuna

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP