



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

DIÂNGELI SOARES CAMARGO

**ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO
ACOLHIMENTO POR EQUIPE EM SÃO BERNARDO DO CAMPO.**

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Elen Rose Castanheira

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Luciana Parenti

**Botucatu
2019**

DIÂNGELI SOARES CAMARGO

**ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO
ACOLHIMENTO POR EQUIPE EM SÃO BERNARDO DO CAMPO.**

Dissertação apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Elen Rose Castanheira

Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Luciana Parenti

**Botucatu
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Camargo, Diângeli Soares.

Acesso à atenção primária à saúde : a experiência do acolhimento por equipe em São Bernardo do Campo / Diângeli Soares Camargo. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Castanheira

Coorientador: Luciana Parenti

Capes: 40602001

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Integralidade em saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde; Integralidade em saúde.

DIÂNGELI SOARES CAMARGO

**ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO
ACOLHIMENTO POR EQUIPE EM SÃO BERNARDO DO CAMPO.**

Dissertação apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Botucatu, 03 de Maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Elen Rose Castanheiras

Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos trabalhadores do SUS. Vocês são necessários e importantes.

AGRADECIMENTOS

Este mestrado foi desenvolvido ao longo vinte e quatro meses de trabalho, vividos com intensidade, encanto, assombro e paixão. Foram vinte quatro meses em que vi quase tudo mudar ao meu redor, especialmente eu mesma.

Começo meus agradecimentos me dirigindo à duas pessoas que, com muita generosidade e visão, me permitiram iniciar esta jornada. São elas: Isabel Cristina Pagliarini Fuentes e Rodolfo Strufaldi, diretores do Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado de São Bernardo do Campo. Obrigada pelo apoio de vocês nesta e em outras oportunidades de formação que me foram proporcionadas desde a minha chegada neste município. O SUS precisa de mais gestores como vocês, que compreendem que a qualificação dos profissionais é um investimento para a rede.

Estendo meus agradecimentos a todos os professores do PROFSAÚDE por tudo que aprendi e troquei com vocês neste período. Cada um de vocês foi inspirador a seu modo. Agradeço, em especial, a minha orientadora, Elen Rose Castanheira, por todo o apoio e disposição em me escutar durante a elaboração deste trabalho. Foi um prazer refletir com você sobre as nossas diferenças, mas também uma grata surpresa descobrir tantas semelhanças, nesta caminhada que fazemos em defesa do SUS e de um mundo melhor.

Aproveito o agradecimento aos professores para, através deles, agradecer também a Universidade Estadual Paulista (UNESP), instituição que nos recebeu e formou, com excelência. Me sinto honrada de ter passado por estes bancos e eternamente comprometida com a sua defesa enquanto universidade pública, gratuita e de qualidade, apesar de todo o aviltamento do período difícil que vivemos.

Não poderia deixar de agradecer meus colegas de turma, Lucas, Paula, Marina, Renata, Spartaco, Mário e Olga pela parceria, cumplicidade e todas as risadas deste período em Botucatu. Agradeço também meus colegas de UBS e de preceptoria por toda a compreensão e ajuda durante as ausências que este mestrado demandou. Thiago, Tamiris, Natália, Felipe, Bárbara, Arlen, Zenaide, Gerlene, Alexandre e tantos outros... vocês são demais.

Também são demais minhas melhores garotas, Bruna, Denize, Vandréia e Renata. Vocês são muito importantes hoje e sempre. Obrigada por fazerem parte da minha vida e desta linda família que escolhemos para nós aqui em São Paulo.

Para além da família que escolhi, tive muita sorte com a família que ganhei. Sou filha e irmã de educadores, que me ensinaram muito com seu exemplo de trabalho duro, honestidade e dedicação. Tive pais extremamente apaixonados, tanto um pelo outro, quanto por suas respectivas profissões. Obrigada por isso. Este legado se reflete também aqui.

Por fim, agradeço ao amor de minha vida, companheira e, agora, esposa, Vanessa Soares Camargo. Obrigada por me incentivar sempre e por ser meu porto seguro de paz em todas as tormentas. Te amo demais.

Tempo que diz
De tempo somos.
Somos seus pés e suas bocas.
Os pés do tempo caminham em nossos pés.
Cedo ou tarde, já sabemos, os ventos do tempo apagarão
as pegadas.
Travessia do nada, passos de ninguém? As bocas do
tempo contam a viagem.
Eduardo Galeano

RESUMO

Introdução: A temática do acesso vem ocupando espaço crescente nos debates da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, tendo diversos municípios e serviços isolados investido em novas modelagem de organização da demanda nos últimos anos. A operacionalização destas iniciativas e suas repercussões no processo de trabalho dos serviços e na qualidade do cuidado prestado ainda carecem de investigação. **Objetivos:** Descrever a implantação do Acolhimento por Equipe (AE), dispositivo de acesso idealizado e desenvolvido no município de São Bernardo do Campo-SP, bem como analisar as suas repercussões no processo de trabalho, ampliação do acesso e qualidade do cuidado prestado à população, segundo a perspectiva dos trabalhadores. **Metodologia:** Foi desenvolvido um estudo de caso qualitativo. A coleta de dados se deu a partir de doze entrevistas semiestruturadas realizadas em fevereiro de 2018. Foram eleitos como sujeitos da pesquisa os profissionais de nível superior que se encontravam vinculados às duas equipes pioneiras na implantação do AE. Estes sujeitos foram divididos em dois núcleos: um, aqui denominado 'núcleo fundador', que compreendia os profissionais que atuavam nas equipes em 2014 e outro, aqui chamado de 'núcleo contemporâneo', que compreendia os profissionais que atuavam nas equipes em 2018. Os dados foram tratados a partir dos referenciais teóricos da análise de conteúdo, de Laurence Bardin (2004) e do método hermenêutico-dialético, de Minayo (1994). Do tratamento de dados emergiram três categorias de análise: "o trabalhador como sujeito", "a APS em disputa" e "o acesso na efetivação do direito à saúde". **Resultados e Discussão:** Dos doze sujeitos entrevistados, seis compunham o núcleo fundador, dos quais três eram médicos, dois enfermeiros e um psicólogo e seis compunham núcleo contemporâneo, dos quais três eram médicos, dois enfermeiros e um fisioterapeuta. Dentre as principais características de ambos os grupos, encontra-se a formação específica em APS, através de especializações lato senso em saúde da família e residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou multiprofissional. Verifica-se na narrativa dos diferentes sujeitos que o AE foi fruto de uma ação protagônica dos trabalhadores das equipes, favorecida pela indução do nascente programa de residência médica em MFC e por uma gestão de tipo matricial e permeável à mudança (Campos, 1998). Destaca-se entre as principais tensões que permearam o processo de implantação, as resistências à gestão das agendas por parte das equipes, a crítica

à oferta de atendimentos no mesmo como prática definidora dos serviços de urgência e emergência e o receio em perder a continuidade do cuidado dos grupos tidos como prioritários pela restrição ao agendamento de longo prazo. De modo geral, os sujeitos expressam que o AE parece favorecer o cuidado, inclusive dos grupos prioritários, por tornar as agendas dos trabalhadores permeável a situações clínicas mais diversas e em momento mais oportuno para o usuário. No que se refere ao trabalho em equipe, o AE parece ter contribuído para com a valorização do trabalho da enfermagem e no distensionamento do trabalho do agente comunitário de saúde, pela ampliação da capacidade de resposta da equipe na gestão dos seus próprios recursos. Quando a ampliação do acesso, o AE apresentou seus melhores resultados na redução do tempo de espera para consultas e na abertura do serviço a sujeitos que não se encaixavam nas antigas agendas programáticas a perder de vista. Dentre os principais problemas do AE são citados o tempo de espera para atendimento no mesmo dia (ciclo de tempo) e a exposição dos trabalhadores à elevada carga de atendimentos, como fator de risco para síndrome do *burnout*. **Conclusão:** O AE é um dispositivo de acesso com características intermediárias entre o modelo *carve-out* e o acesso avançado (Murray, 2009). Seu principal resultado parece ser a redução significativa do tempo de espera para consultas. Parece também facilitar o diálogo entre a equipe, favorecendo a atuação de campo, bem como valorizar o papel da enfermagem e potencializar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Permanece com principal limitação do AE o ciclo de tempo do usuário no serviço. A associação entre as diferentes formas de organizar a demanda e a ocorrência de *burnout* nos trabalhadores ainda carece de mais estudos.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Integralidade em saúde, Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Introduction: The access' theme has been taking hold in debates about Primary Health Care's (APS - Atenção Primária à Saúde) in Brazil having several municipalities and specific services entrusted on new demand's organization model in the last years. The operationalization of these initiatives and its repercussions at the work process and care quality provided are still in need for further investigation. **Objectives:** To

describe the implementation of teamwork reception (AE - Acolhimento por Equipe) process - which has been created and developed in São Bernardo do Campo-SP - as well as analysing how they impact at the working process, the access expansion and the care quality service provided to the population through employees perspective.

Methodology: A qualitative case study were developed. The data collection were through twelve semi-structured interviews made in February 2018. As a research subject it was chose graduated professionals that were linked to the two pioneer teams at AE implementation. These subjects were divided into two cores: one, as here presented as founder core which include professionals that worked on those teams in 2014 and other, here presented as “contemporary core” which include professionals that worked on those teams in 2018. The datas were analyzed by content's theoretical reference from Laurence Bardin (2004) and by hermeneutic-dialectic methodology by Minayo (1994). Datas' emerged three categories of analyzes: "the employer as a subject", "APS as matter in dispute", and "the user's access as a Right to Health".

Results and Discussion: From twelve subjects interviewed, six were part of the founder core whom three were doctors, two nurses and one psychologist; And six were part of the contemporary core whom three were doctors, two nurses and one physiotherapist. Among the main characteristics from those cores there's a specific graduation on APS through *lato sensu* graduate studies in Family Health and Medical Residency on Community and Family Medicine (MFC - Medicina de Família e Comunidade) or multiprofessional. The subjects different narratives ensures that AE was the key to the protagonist action of the teams workers favoured by the new medical residency program at MFC and by a susceptible changing and matrix type of management (Campos, 1998). It stands-out among the main concerns that surrounds the implementation process: the team's resistance to schedule management; the criticism over attendance as defining practice of urgency and emergency services; and the concern on losing the continuity of care from groups that are considered a priority by its restriction to a long term scheduling. In general, subjects expresses that AE seems to favoured the care moreover to the priority group for turning the employees schedule susceptible to different clinical situations and the best timing to the users. Regarding teamwork, AE seems to have helped the nurses appreciation working process and the sizing on community health agent work through the team expansion of the response capacity in the management of their own resources. As access

expansion, AE presents its best results on reducing waiting time for medical attendance and for opening services to subjects that weren't fit at the old and long-term programmatic scheduling. Among AE's main problems are: waiting time for walk-in attendance (cycle of time) and employee's exposure to hard working schedule as a risk factor for burnout syndrome. **Conclusion:** The AE is an access process with intermediate characteristics between carve-out model and as advanced system care (Murray, 2009). The main result seems to be significative reduction of waiting time for medical attendance. It also seems to provide dialog among the team favouring field action as well as to appreciate nurses role and to potencialize health community agent's work. It remains as the main limitation to AE the user's cycle of time. The relation between different forms of organizing the demand and the employees burnout occurrence are still in need for further studies.

Key words: Health Services Accessibility, Primary Health Care, Integrality in Health, Family Medicine.

Sumário

Folha de aprovação	4
Dedicatória	6
Agradecimentos	7
Resumo	10
Abstract	11
1 Apresentação	13
2 Introdução	16
2.1 O tema	16
2.1.1 O acesso no contexto da APS brasileira	16
2.1.2 Seletiva ou integral? Projetos de APS e suas implicações no acesso	22
2.1.3 A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para o debate do acesso ...	26
2.1.4 Os diferentes modelos: acesso tradicional, <i>carve-out</i> e acesso avançado	29
2.1.5 O debate internacional sobre acesso	31
2.2 O campo	37
2.2.1 São Bernardo do Campo e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade	37
2.3 O objeto	38
2.3.1 O Acolhimento por Equipe.....	38
3 Objetivos	43
3.1 Objetivo Geral:	43
3.2 Objetivos específicos	43
4 Material e Métodos	43
4.1 Caracterização do estudo	43
4.2 A seleção do caso	45
4.3 Os Sujeitos do estudo	45

4.4	A coleta dos dados	46
4.5	O tratamento dos dados	46
4.6	Aspectos éticos	48
5	Resultados e discussão	48
5.1	Características dos participantes	48
5.2	O Trabalhador como sujeito	57
5.2.1	Os serviços, o território e o acesso antes do AE	57
5.2.2	Articulações, resistências e os primeiros dias do AE.....	62
5.2.3	A evolução do AE.....	67
5.3	A APS em disputa	68
5.3.1	Estaria a APS se transformando em um grande pronto-socorro?.....	68
5.3.2	Seletividade e integralidade: Memórias e expectativas dos profissionais de saúde a respeito de seu trabalho	72
5.3.3	Trabalho em equipe no AE: Compromisso com a reorientação do modelo assistencial.....	77
5.4	O acesso na efetivação do direito à saúde	80
5.4.1	A organização da demanda como mecanismo de ampliação do acesso	80
5.4.2	Desafios do AE	85
6	Conclusão	88
7	Referências	91
	Apendice A	98
	Anexo A - Roteiro Entrevista Semi-Estruturada para profissionais do núcleo fundador da UBS A e B	105
	Anexo B: Roteiro Entrevista Semiestruturada para profissionais do núcleo contemporâneo da UBS A e B	106
	Anexo C: Termo de consentimento livre e esclarecido	107
	Anexo D - Parecer consubstanciado do CEP	109

1 APRESENTAÇÃO

O texto que se segue é um estudo de caso sobre acesso, mas é também um texto sobre a história de diversas pessoas que se encontraram para escrever uma mesma história em comum. Esta história é a história do Acolhimento por Equipe na cidade de São Bernardo do Campo.

A autora não acompanhou esta história desde o início, mas assistiu boa parte dela bem de perto. Assim, antes de iniciarmos a leitura deste estudo, convém apresentar a autora e a história da autora com a história que será contada.

Me chamo Diângeli Soares Camargo e sou Médica de Família e Comunidade. Cheguei em São Paulo em 2011, a tempo de começar no dia vinte e três de agosto daquele mesmo ano, minha trajetória profissional no SUS, mais especificamente na APS, onde atuo desde então.

O primeiro lugar em que trabalhei foi em uma UBS de Diadema. Lá, um novo entrelaçamento de histórias: vim ser a quinta médica de um serviço que já contava com quatro valorosas companheiras de militância do movimento estudantil (ME). Nossas ambições não eram pequenas: queríamos fazer ali o nosso melhor, para tirar daquele serviço o seu melhor e entregar para aquela população o melhor cuidado que se podia oferecer.

Foi bem por essa época que a questão do acesso começou a nos inquietar. Atendíamos muito, nossa produção era alta e nos esforçávamos para fazer um bom trabalho. Mas quantas pessoas conseguiam ter acesso ao nosso trabalho? Logo nas primeiras contas a constatação preocupante: não dá nem para ver todas as pessoas da área uma vez por ano, tampouco ver mais de uma vez todo mundo que precisa. O que fazer então?

Não, não resolvemos a equação de ver todo mundo pelo menos uma vez, ao mesmo tempo em que víamos mais de uma vez todo mundo que precisava. Com o tempo entendemos inclusive que isto sequer era critério de um bom cuidado. Mas foi com aquele grupo tive minhas primeiras experiências com a gestão das agendas e com a possibilidade de atender pessoas no mesmo dia em que elas procuravam. Foi também lá que ouvi pela primeira vez, que existiam lugares em que os profissionais da APS trabalhavam praticamente “sem agenda”, deixando as pessoas simplesmente “virem” quando desejassem passar. Lembro que minha primeira impressão foi de espanto e incredulidade. Como será que isso funciona? Será mesmo que funciona?

Depois de um período, por força da eleição municipal, este dedicado grupo de médicas precisou deixar a cidade e seu projeto naquela unidade para trás. Era hora então, de começar outros projetos e uma nova fase de vida. Durante esta nova fase, nosso grupo se dispersou e se reagrupou algumas vezes. De maneira geral, nos mantivemos próximas.

Cheguei em São Bernardo do Campo para começar a minha nova fase em março de 2013. Depois de um curto período de passagem por um serviço, assumi uma equipe de saúde da família em uma unidade que recém havia sido transformada em Unidade de Saúde da Família. Neste serviço vivi novos desafios, em um contexto bem menos permeável à experimentação. Foi, até hoje, o único período de minha vida profissional no SUS em que convivi com as tais “agendas saturadas a perder de vista”, tão comuns nos serviços de APS no Brasil.

Deste serviço acompanhei, à (moderada) distância, o nascimento do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município de São Bernardo do Campo. Na época, meu contato com as questões pertinentes à formação era principalmente através da preceptoria do internato, que era realizada por mim. No segundo ano do programa de residência, fui convidada a me integrar ao time. Um novo reagrupamento com minhas antigas companheiras de ME aconteceu, agora sob as asas audaciosas deste programa de residência. Não éramos mais cinco médicas de equipe, visto que passaríamos a ocupar espaços de trabalho distintos. As ambições, porém, e os compromissos, continuavam os mesmos

Quando cheguei no campo de estágios do programa de residência, o Acolhimento por Equipe (AE), objeto de estudo deste trabalho, já estava em funcionamento há quase um ano. A expectativa era de que eu implementasse o AE na equipe que iria assumir. Não tardou muito, a expectativa foi superada: Foi pactuado em reunião do serviço que todas as equipes adotariam o AE como modelo. E assim foi feito, já em 2015.

Este trabalho tem por objetivo, portanto, descrever a implantação do AE e analisá-lo à luz da impressão dos trabalhadores que o conceberam e implementaram. Para dar cabo desta tarefa o presente estudo está dividido em seis capítulos.

O capítulo dois, denominado de “Introdução”, encontra-se subdividido em três seções que versam sobre o tema, o campo e o objeto de estudo. A introdução reúne os referenciais teóricos utilizado pela autora, bem como a revisão bibliográfica pertinente a este trabalho.

Os capítulos três e quatro, trazem, respectivamente, os objetivos deste estudo e a descrição pormenorizada do percurso metodológico do mesmo.

O capítulo cinco encontra-se subdividido em quatro seções e agrega os resultados do estudo, bem como a sua discussão. A primeira seção se dedica a descrever o perfil dos sujeitos do estudo, enquanto que as seções que se seguem discorrem sobre as três categorias de análise eleitas na fase de tratamento dos dados, as quais dão nome a cada seção. Assim, a segunda seção deste capítulo, intitulada “O trabalhador como sujeito”, se propõe a narrar a construção histórica do AE, enfatizando o papel dos atores envolvidos, bem como as articulações que se fizeram necessárias e as disputas que se deram no interior deste processo. A terceira seção, intitulada “A APS em disputa” aborda as diferentes concepções de APS, contextualizando, a partir do AE, a sua relação com a temática do acesso. A quarta e última seção, “O acesso na efetivação do direito à saúde”, se debruça sobre as implicações do AE na ampliação do acesso e em de seus principais desafios para o futuro.

O capítulo seis traz a conclusão deste trabalho.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O tema

2.1.1 O acesso no contexto da APS brasileira

Entende-se por “acesso” a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 10). A falta de acesso denuncia as falhas na efetivação do direito à saúde. Sem acesso ou com um acesso parcial sem garantia de continuidade, não há universalidade, tampouco integralidade. O fato de as populações mais vulneráveis serem mais sensíveis às barreiras de acesso, também é demonstrativo da iniquidade do sistema (BRASIL, 1988, p. 153) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; INSTITUTO DATAFOLHA, 2015, p. 22)

Em 2015 o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou resultados de uma pesquisa encomendada ao Instituto Datafolha, intitulada “Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; INSTITUTO DATAFOLHA, 2015, p. 1-80). A pesquisa apurou que as consultas médicas e o atendimento em APS foram os serviços mais procurados e utilizados no biênio em estudo (2014-2015). Em 2012 o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS) publicou pesquisa semelhante, indicando que 85% dos entrevistados que referiram ter utilizado o SUS o fizeram através dos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PINTO *et al.*, 2015, p. 19). Estes resultados demonstram o importante papel que a APS vem desempenhando na ampliação do acesso aos cuidados de saúde no SUS.

A pesquisa de 2015, entretanto, traz também dados quanto à percepção dos usuários em relação à facilidade de acesso aos serviços do SUS. Novamente percebe-se que a satisfação relativa com os serviços de APS é superior a satisfação com outros pontos da rede, notadamente o acesso a cirurgias, exames, procedimentos e consultas com profissionais não médicos da equipe multiprofissional. Ainda assim, o acesso às unidades básicas de saúde é referido como “muito difícil” ou “mais difícil” por 43% dos entrevistados e 59% dos entrevistados classificam na mesma categoria o acesso às “consultas médicas” de modo geral (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; INSTITUTO DATAFOLHA, 2015, p. 32-34). Ao se comparar estes dados com os resultados da pesquisa “A saúde na opinião dos brasileiros - um estudo prospectivo” do CONAS (Conselho Nacional dos Secretários

de Saúde), publicada em 2003, observa-se que a percepção do acesso como não satisfatório é um problema crônico. Na pesquisa de 2003 o “tempo de espera” e o “atendimento prestado por equipe de médicos” já eram considerados simultaneamente os itens mais importantes e pior avaliados por parte dos usuários entrevistados (BRASIL, 2003, p. 24).

O Ministério da Saúde do Brasil lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política foi concebida como estratégia de produção de mudanças nos modos de gerir e de cuidar, tendo em vistas efetivar os princípios do SUS. No âmbito do acesso, a principal contribuição da PNH foi a diretriz do “acolhimento” (BRASIL, 2004, p. 16). Na definição da política:

“Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socio afetiva. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 7)

A PNH prevê que a oferta do acolhimento passe pela escuta qualificada, acesso oportuno e classificação da vulnerabilidade, gravidade e risco:

“Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. (BRASIL, 2013, p. 8)”

Assim, a política induz a adoção de estratégias de acesso pautadas na “escuta” das necessidades de saúde “legítimas e singulares” trazidas pela população.

Da mesma forma que os usuários anseiam por mais acesso, os trabalhadores da saúde se deparam com o desafio de “absorver” e “trabalhar” esta demanda. Penna, Faria e Rezende (2014, p.815) se propuseram a avaliar a percepção dos trabalhadores da ESF em um município de Minas Gerais acerca do acolhimento. A fala dos trabalhadores demonstra que as equipes muitas vezes confundem acolhimento com triagem, se desresponsabilizam por ele, atribuindo a outras categorias profissionais, principalmente a enfermagem, a função de realizá-lo e têm receio da repercussão política que determinadas condutas podem gerar:

[...] Porque eu acho que quem deveria dar o acolhimento aqui são os enfermeiros, a maioria que a gente faz aqui são eu (técnica de enfermagem)

e a auxiliar de enfermagem [...] eu não acho que tem um tanto de gente que poderia fazer, acho que deveria ser da enfermeira” (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014, p. 818)

“[Os pacientes] vem muito cedo pra fila, tem paciente que chega até de madrugada pra fila [...] eu acho que o que atrapalha muito o andar das atividades nossas aqui, o acolhimento [...] a triagem [...] ele não tá funcionando bem, porque a gente não precisaria ter essa fila grande de pacientes demandando consultas, porque se a gente tivesse um acolhimento mais eficaz [...] isso diminuiria muito a fila de pacientes que a gente tem aqui” (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014, p. 818)

“[...] O serviço existe, tá sendo realizado, não só por mim, mas por todos os profissionais, apesar de a gente não trabalhar em equipe, eu acho que todo mundo tenta, da sua forma, da sua maneira, fazer o melhor possível. [...] a maioria das consultas elas podem ser agendadas, mas eles [os profissionais] têm medo de mudar a forma do serviço, é medo [...] Medo porque, se uma pessoa pedir pra marcar uma consulta e alguém falar que vai ter a consulta no mês que vem, na semana que vem ela [o usuário] vai no secretário ou no prefeito e reclama, aí na hora ligam e, assim, obriga quase a arrumar ficha pra aquele dia, independentemente do problema de saúde que ela esteja apresentando” (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014, p. 819)

As peculiaridades do acesso no ambiente da APS brasileira podem ser observadas na produção acadêmica a respeito, visto que as produções nacional e internacional sobre o tema se distinguem consideravelmente. A produção nacional é fortemente referenciada na diretriz do “acolhimento” da PNH de 2003 e focada nas temáticas da “escuta qualificada”, da atenção à demanda espontânea e na acessibilidade da APS. A “acessibilidade”, convém destacar, é, na definição de Starfield (2001, p. 207), um aspecto estrutural de um sistema (ou de um serviço) que possibilita que as pessoas cheguem ao mesmo e atinjam a atenção de primeiro contato. Refere-se, portanto, às características da oferta. Já “acesso”, na definição da mesma autora é a forma como as pessoas experimentam a acessibilidade no seu serviço. Donabedian (1973), citado por Starfield (2001), distingue duas dimensões da acessibilidade: a socio organizacional, que se refere a recursos que facilitam ou atrapalham as pessoas em sua busca por atendimento, por exemplo a interposição de cobrança por consulta; e a geográfica, que se refere a questões como distância e tempo de deslocamento até um serviço de referência. (STARFIELD, 2001, p. 207)

Os estudos de Ribeiro *et al.* (2015), Albuquerque *et al.* (2014) e Campos *et al.* (2014) são demonstrativos da dimensão da acessibilidade permeando o debate nacional sobre acesso. Ribeiro *et al.* (2015), trabalham com dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) no estado de Goiás. Verificou-se que a sala de acolhimento está ausente em 68,5% dos serviços, dificultando consideravelmente a tomada de decisão imediata; Que 88% dos serviços

contavam com menos de três consultórios clínicos, o que limita a oferta de atendimentos individuais, médicos ou não; Que 2% dos serviços contavam com nenhum consultório. (RIBEIRO *et al.*, 2015, p. 635)

De forma semelhante, Albuquerque *et al.* (2014) produziram um estudo descritivo de corte transversal com base nos dados do PMAQ em Pernambuco. Os autores identificaram que houve avanços na acessibilidade geográfica com a expansão dos serviços de APS no estado, porém do ponto de vista socio organizacional ainda existem importantes barreiras, tais como inadequações arquitetônicas para a população portadora de deficiências e idosos, baixo aproveitamento do turno da tarde para oferta de consultas e dificuldades na regulação do acesso a outros pontos da rede. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014, p. 182)

Campos *et al.* (2014), por sua vez, desenvolveram uma pesquisa avaliativa com o objetivo de compreender como os usuários percebem a qualidade do acesso à APS em uma grande metrópole do estado de São Paulo. Para tal, realizaram grupos focais com os usuários de seis Unidades Básicas de Saúde dos dois distritos de saúde mais populosos da cidade e que, no momento da coleta de informações, apresentavam os piores índices socioeconômicos da região. A pesquisa identificou que os usuários percebem o acesso aos serviços de APS como lento e burocratizado, o que atribuem à falta de profissionais médicos nos serviços (dimensão socio organizacional da acessibilidade). (CAMPOS *et al.*, 2014, p. 256)

Os estudos de Campos *et al.* (2014) e Albuquerque *et al.* (2014) também trabalham com a diretriz do acolhimento tal qual descrita na PNH de 2003. Albuquerque *et al.* (2014) destaca a definição de acolhimento adotada pela PNH:

O acolhimento, como dispositivo para garantir acessibilidade universal; com potencial para reorganizar o processo de trabalho para que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; para qualificar a relação entre trabalhador e usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014)

Ambos os trabalhos, entretanto, descrevem problemas na vivência prática do “acolhimento” nos serviços. Em Campos *et al.* (2014), por exemplo, identifica-se que os usuários reconhecem o “acolhimento” como um espaço de escuta, porém o apontam como uma importante barreira de acesso, visto que o mesmo impõe uma “super-regulação” do acesso à consulta médica, papel este geralmente desempenhado por um profissional de enfermagem. Pontua também que os usuários

sobrevalorizam a dimensão biomédica do cuidado em saúde, relegando ao médico e apenas ao médico a capacidade de resolver os seus problemas. Esta sobrevalorização demonstra um afastamento entre o imaginário do usuário e o intuito original da diretriz do acolhimento de deslocar o eixo central do processo de trabalho do médico para uma equipe multiprofissional (CAMPOS *et al.*, 2014).

Albuquerque *et al.* (2014) destacam que a implantação do acolhimento não impactou na reorganização das ações programadas. Relaciona isso com o fato de que a maioria dos serviços (67,6%) não realiza estudos sobre a sua demanda espontânea, de modo que seja possível embasar uma reorganização da oferta para melhor atender os que procuram. No que se refere a utilização do acolhimento como ferramenta de estratificação de risco e vulnerabilidade para priorização de casos e hierarquização de necessidades, identificou-se que apenas 42% dos profissionais envolvidos no acolhimento se consideram capacitados tal. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014)

Observa-se também nesses estudos, uma tendência prevalente na produção nacional de trabalhar com a diretriz do “acolhimento” como sinônimo de “acolhimento à demanda espontânea”, e mais especificamente à demanda espontânea por queixas agudas. Tesser e Norman (2014) discutem os “efeitos ambíguos e ou ‘colaterais’” que a renomeação do acesso por “acolhimento” desencadeou nos serviços, promovendo muitas vezes um “borramento” do acesso enquanto direito essencial do cidadão e característica da APS (TESSER; NORMAN, 2014, p. 874). Os autores destacam que o “acolhimento” não acabou com a dicotomia artificial entre “demanda programada” e “demanda espontânea”, o que promove uma tensão negativa no processo de trabalho e até na formação dos profissionais. (TESSER; NORMAN, 2014, p. 874). Como explicação para o fenômeno, resgatam as forças históricas e culturais envolvidas na constituição dos Centros de Saúde Brasileiros. A rede básica brasileira foi fortemente influenciada pela tradição norte-americana em que os centros de saúde eram voltados desde sua origem para ações de prevenção, vacinação, educação sanitária e tratamento de doenças endêmicas e/ou de relevância coletiva. Há uma tradição, portanto, de pouca responsabilidade para com o cuidado clínico dos indivíduos. Soma-se a isso a influência de muitos preventivistas e sanitaristas promocionistas que priorizaram nesses serviços a oferta de ações programadas e programáticas, induzindo como diretriz organizacional da rede básica a priorização de grupos de risco (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças) (TESSER; NORMAN, 2014, p. 872). Assim, a maior parte dos serviços destaca pouco tempo para atenção às queixas e ao

sofrimento das pessoas, cujo cuidado é relegado para outros pontos da rede, como por exemplo as emergências. (TESSER; NORMAN, 2014, p. 873)

Os estudos captam, portanto, o movimento realizado nos serviços para se trabalhar com a realidade da procura dos usuários por atenção de primeiro contato na APS. Observa-se, entretanto, que boa parte dos serviços instituiu o acolhimento para “separar” a demanda espontânea da programada ou para promover acesso pontual. Nas palavras de Tesser e Norman (2014):

Muitas vezes, serviços pendem unilateralmente para um dos lados dessa dupla significação, com efeitos indesejáveis paradoxais observáveis na prática quando, por exemplo, se recusa cuidado “delicadamente”, sacrificando o acesso com postura acolhedora. Por outro lado, como vem sendo tratado em vários serviços, o acolhimento acaba sendo simplificado como uma triagem de urgências (por exemplo, o “Protocolo de Manchester”, adotado – ou importado – por algumas secretarias de saúde municipais), para salvaguardar uma agenda priorizada com serviços e programas institucionalizados. Aquilo que não se encaixa nas “prioridades programáticas” ou simplesmente não está agendado é avaliado por técnicos de enfermagem ou enfermeiras e encaixado conforme a preferência do profissional ou o grau de urgência da situação. Como a flexibilidade das agendas é pequena, torna-se comum os usuários serem referidos para os prontos atendimentos ou emergências. Outra situação indesejável e corriqueira ocorre quando se operacionaliza o acolhimento viabilizando acesso a um cuidado pontual, sacrificando-se a longitudinalidade e, com isso, a qualidade: quem acolhe não é profissional da equipe de SF responsável. (TESSER; NORMAN, 2014, p. 874)

A influência das ações programáticas e sua importância para a concepção do papel a ser desempenhado pelos serviços de APS brasileiros, pode ser percebida também nos estudos Silva *et al.* (2014), Fernandes *et al.* (2014) e Finkler *et al.* (2014), que se dedicaram a estudar o acesso no âmbito da atenção aos grupos tidos como prioritários. Silva *et al.* (2014) trabalharam com o acesso e o acolhimento ao cuidado pré-natal. Em relação ao acesso, destacaram como problemas identificados pelas gestantes a necessidade de chegar muito cedo aos serviços para obterem atendimento e a não garantia de acesso pela existência de limites de senha, além da demora no agendamento de consultas. No que se refere ao “acolhimento”, este estudo não trabalha com o termo como “tecnologia” de promoção de acesso, mas sim como tecnologia de comunicação para facilitar o cuidado da gestante (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014, p. 810). Fernandes *et al.* (2014) trabalharam com a percepção das famílias quanto a organização da APS para o cuidado das crianças. O estudo identificou que as famílias percebem barreiras de acesso às crianças fora dos programas específicos, como de puericultura, destinado às crianças de até dois anos. As crianças maiores são frequentemente relegadas ao cuidado (pontual) de demanda

espontânea, porém sem garantia de acesso em virtude da falta de vagas e longos períodos de espera. As famílias relataram, nesses casos, a necessidade de procurar emergências e até mesmo o setor privado “quando o bebê fica doente”. (FERNANDES *et al.*, 2014, p. 58). Por fim, Finkler *et al.* (2014) também trabalharam com o acesso e a baixa resolutividade a saúde da criança na APS. O estudo identificou barreiras de acesso que se iniciam no fato de a recepção dos serviços ter o poder de decidir quem poderá ser atendido ou não e em que situação, bem como a excessiva centralização do cuidado nos profissionais médicos. (FINKLER *et al.*, 2014, p. 550). Assim, identifica-se que a priorização da oferta de cuidados em atenção básica aos grupos tidos como prioritários nas últimas décadas não equacionou os problemas de acesso nem mesmo para estes grupos, visto que muitas vezes o que se prioriza é a situação de cuidado (programada previamente e para fins de vigilância de saúde) e não a pessoa em si.

2.1.2 Seletiva ou integral? Projetos de APS e suas implicações no acesso

Protasio *et al.* (2017, p. 6) realizaram estudo para investigar fatores associados à satisfação dos usuários com os serviços de APS no Brasil. Utilizando dados do PMAQ, coletados em todo o país entre 2012 e 2013, identificaram que se o serviço de saúde é distante de sua residência, a chance do usuário estar satisfeito com o mesmo reduz em 32%, comparado às pessoas que precisam se deslocar por curtas distâncias. Quando o agendamento não está disponível os cinco dias da semana, a satisfação reduz em 16% e quando o agendamento não é para o mesmo dia, ocorre a mesma redução percentual. Se os horários de atendimento não são compatíveis com os do usuário, a satisfação reduz em 46%. Deixar o serviço sem um agendamento e sem um atendimento no dia, aumenta a insatisfação do usuário em 42%, comparado a deixar o serviço sem o agendamento desejado, porém com atendimento no dia. Quando o serviço não é capaz de resolver as necessidades da pessoa, a satisfação cai em 61% e quando o usuário não é atendido na maior parte das vezes pelo mesmo médico, a satisfação cai em 20-22% (PROTASIO *et al.*, 2017, p. 6)

Estes dados lançam luz sobre as expectativas dos usuários em relação ao acesso e à acessibilidade no Sistema Único de Saúde. Remete também ao papel que APS desempenha nos diferentes sistemas de saúde e às suas repercussões, tanto no que se refere aos indicadores de saúde, quanto no que se refere à legitimidade social

do mesmo, de modo que seja possível à população reconhecê-lo na sua importância e lutar por sua manutenção e aprimoramento.

Internacionalmente, acumulou-se nas últimas décadas vasta literatura que evidencia que sistemas de saúde baseados em uma APS forte produzem melhores resultados de saúde (GIOVANELLA; ALMEIDA, 2017, p. 2). A definição operacional de APS sistematiza por Starfield (2001 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 9) identifica quatro atributos essenciais de uma APS de alta performance, a saber:

“Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços” (STARFIELD, 2001 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 9).

Assim, percebe-se que a garantia de acesso oportuno à população, independentemente do tipo de demanda (primeiro contato), com garantia de retorno (longitudinalidade) e continuidade do cuidado com profissionais que têm vínculo com a pessoa e que sejam capazes de articular as suas necessidades com os outros pontos da rede (integralidade e coordenação da atenção), são características desejáveis pela população e inerentes à um serviço de APS de boa qualidade.

No Brasil, o termo “Atenção Básica” é utilizado com mais frequência para designar o que os demais países nomeiam como Atenção Primária à Saúde desde a década 60. De acordo com o Machado (2010), em depoimento prestado ao livro “Memórias da Saúde da Família no Brasil”, a opção pelo termo teria ocorrido quando

da instituição do Piso de Atenção Básica, no contexto da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96). Em suas próprias palavras:

“Na origem da PAB, foi gerada uma polêmica semântica que ainda ressurge em debates ou em documentos acadêmicos, e que diz respeito ao uso do termo ‘atenção básica’ em lugar de ‘atenção primária’. Para alguns, a discussão não é semântica, mas de cunho ideológico, pois se explica o termo ‘atenção básica’ como condição imposta pelas agências internacionais de fomento para cooperar na implantação do Programa no Brasil. Ora, naquele tempo, não havia nenhuma organização internacional que acreditasse no PSF a ponto de acatar acordos de cooperação! Há uma explicação quase inversa: quando a proposta da [modalidade de financiamento] *per capita* foi elaborada, ela precisava de um nome. A equipe da SAS, com alguns colaboradores externos, ouviu muitas opiniões de gestores e formuladores do setor saúde. Havia uma advertência clara de que o termo ‘atenção primária’ fazia relação com os pacotes assistenciais reducionistas impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento e que, portanto, qualquer proposta de ‘piso de atenção primária’ poderia ser imediatamente rejeitada pela nomenclatura. (...). Assim surgiu o termo ‘atenção básica’, como alternativa para evitar a resistência que era anunciada.” (MACHADO, 2010, p. 33)

Ao equacionar a questão da nomenclatura, ainda que destacando mais adiante no texto que “O uso da expressão ‘atenção primária’ já está sendo resgatado no Brasil, o que é absolutamente pertinente, uma vez que encontra alinhamento com outros idiomas e facilita o diálogo com (...) outros países”, Machado (2010) chama a atenção para uma forma “reducionista” de ofertar atenção primária, através de “pacotes assistenciais” “impostos pelas agências internacionais às regiões em desenvolvimento”. Para representar essa modelagem de APS utiliza-se com frequência o termo “APS seletiva”.

Giovanella e Mendonça (2012) apontam que, apesar de a atenção ambulatorial de primeiro contato, de fácil acesso e direcionada para a cobertura das afecções mais comuns e resolução da maioria dos problemas de saúde da população ser geralmente definida como “APS”, não há uniformidade no emprego da expressão. Definem, então, duas expressões que representam ofertas completamente distintas de cuidado: A APS seletiva e a APS abrangente ou integral. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 9). Nas palavras das autoras, APS seletiva seria definida por “programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, denominada em inglês de *selective primary care*”. Já a APS abrangente ou integral seria:

“(...) uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas; denominada em inglês de *comprehensive primary care*”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 9)

Apontam ainda que:

“Nos países europeus, a atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais a atenção primária corresponde também, com frequência a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade”. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 9)

A APS seletiva enquanto possibilidade de oferta de APS surge no contexto imediatamente após Alma Ata, em 1979. Na ocasião, a Fundação Rockefeller promoveu um encontro na Itália com diversos organismos internacionais para discutir uma nova perspectiva de APS, visto que considerava a proposição de Alma Ata muito abrangente e pouco propositiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 16).

Surge então a proposta de instituição de um pacote de intervenções de baixo custo para controle de doenças em países pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 17). Esta proposta surgiu em um contexto de crise econômica e ascensão de governos conservadores em países centrais e foi amplamente difundida pelos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina e, inclusive, no Brasil. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 17).

A partir da década de 80, quatro intervenções ganham força e passam a ser difundidas entre os países pobres. Podem ser exemplificadas pela sigla inglesa “GOBI” (Growth monitoring – Monitoração do crescimento, oral rehydration – reidratação oral, breast feeding – aleitamento materno e immunization – imunização). A estas intervenções, mais adiante, se somaram as “FFF” (Food supplementation – suplementação alimentar, Female Literacy – alfabetização feminina e Family Planning – planejamento familiar). (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 17). Estas intervenções, ainda que de reconhecida efetividade, mereceram críticas por seu teor tecnocrático, focalizada e descompromissado com necessárias melhorias socioeconômicas. Nas palavras de Giovanella e Mendonça (2012):

“Por exemplo: o uso da terapia de reidratação oral – tecnologia efetiva para o tratamento de diarreias – não poderia substituir medidas de saneamento, como acesso à rede geral de abastecimento de água e esgoto, efetivas na promoção à saúde e na prevenção de doenças de veiculação hídrica” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 18).

No caso específico do Brasil, o advento do SUS no final desta década representou uma importante contraposição à esta concepção de saúde focalizada

como principal estratégia de atenção à saúde em países em desenvolvimento. Assim, ao longo dos anos que se seguiram, ambas as concepções de APS disputaram espaço no cenário nacional, tendo como palco principal, pela capilaridade e expressão assumidas, o Programa de Saúde da Família (PSF) e, mais adiante, Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Assim, observa-se que a tradição de saúde focalizada e restrita a poucas ações, bem como a lógica fragmentada e programática das agências internacionais, permeia ainda hoje práticas assistenciais na APS, bem como habita as concepções dos profissionais, gestores e da própria população. A percepção de que o serviço de APS é um espaço de cuidado restrito impõe barreiras de acesso pelo estranhamento à presença de demandas de saúde mais complexas, ou simplesmente diversas, neste espaço. Este aspecto será objeto de debate mais adiante neste trabalho.

2.1.3 A contribuição da Medicina de Família e Comunidade para o debate do acesso

A Saúde da Família, especialmente a partir dos anos 2000, foi importante propulsor da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil. Antes de sua implantação, a sustentação da especialidade se dava através de poucos programas de residência médica e experiências isoladas, distribuídas pelo país (GUSSO; FALK; LOPES, 2018, p.11-19; BRASIL, 2010, p. 41)

A MFC é reconhecida enquanto especialidade médica desde 1981, pela Comissão Nacional de Residência Médica, na época com o nome de Medicina Geral e Comunitária (BRASIL, 1981, apud GUSSO; FALK; LOPES, 2018, p.11-19). Apenas em 2001, por decisão da então Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, a especialidade passa a ter a nomenclatura atual (SANTOS, 2012, p.1). Na definição da Wonca (World Organization of Family Doctors):

“O Médico de família é o médico principalmente responsável pela prestação de cuidados abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, bem como por providenciar a prestação de serviços de outros profissionais de saúde sempre que necessário. O médico de família funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, ao passo que outros prestadores de cuidado de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base em idade, sexo ou diagnóstico. O médico de família cuida do indivíduo no contexto da família e cuida da família no contexto comunitário, independentemente de raça, religião, cultura ou classe social. É clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados, levando em consideração o pano de fundo cultural, socioeconômico e psicológico. Além disso, assume uma responsabilidade pessoal pela prestação de cuidados abrangentes e continuados aos seus pacientes. O médico de família desempenha o seu papel profissional quer prestando cuidados diretos, quer por meio dos serviços de outros, em acordo com necessidades de saúde das

peessoas e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida” (LOPES; DIAS, 2018, p. 1-11)

Neste trabalho, as designações de “médico de família e comunidade” ou “médico de família”, serão utilizadas para se referir tanto ao especialista brasileiro, quanto aos seus congêneres em outros países.

Entre meados da década de 70 e começo da década de 80, no contexto da estruturação das residências médicas, que funcionavam de forma não regulada no país desde a década de 40, começaram a surgir diversos programas de Medicina Comunitária. Alguns programas pioneiros são o da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) em Vitória do Santo Antão, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, no município do Rio, e em Porto Alegre, do Centro Médico São José do Murialdo. Outra iniciativa de destaque, é a do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), sob a liderança de Carlos Grossman. Carlos Grossman fez sua residência de medicina interna em Washington, na década de 50, e foi responsável pela implantação da residência de medicina geral do GHC, buscando equilibrar a faceta clínica com a faceta comunitária. Estas iniciativas não eram coordenadas entre si, porém tinham relação com o movimento da medicina comunitária dos Estados Unidos e com algumas experiências pioneiras como o “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária”, de Ellis Busnello, do Centro Médico São José do Murialdo. (GUSSO; FALK; LOPES, 2018, p.11-19)

Em seus anos iniciais, a MFC pôde contar muito pouco com os gestores e com o meio acadêmico, o que produziu impactos tanto na consolidação da especialidade, quanto no fortalecimento da APS brasileira e posterior estruturação da Saúde da Família:

“Naquele período, gestores e até mesmo o meio acadêmico, pouco apoiaram essas iniciativas, o que posteriormente dificultou a implantação, a partir de 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) de forma robusta, devido à carência de profissionais com essa formação (...) Assim, a operacionalização da Reforma Sanitária, em especial da APS, prolongou-se por mais tempo que em países com sistema de saúde orientados à esta (Canadá, Cuba, Espanha, Portugal). Nestes países, já nos anos 1980 e 1990, regulamentou-se a formação médica especializada para a APS (residência médica definida com padrão-ouro de formação), estabeleceram-se percentuais mínimos para a MFC e obrigatoriedade de residência para incorporação no Sistema de Saúde. No Brasil, um dos entraves a este movimento internacional partiu das próprias escolas médicas que, até pouco tempo, insistiam numa pretensa terminalidade da graduação” (TRINDADE; BATISTA, 2016, p. 2667)

Apenas na primeira década dos anos 2000, especialmente com o advento das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, a APS passa a receber mais atenção das Escolas Médicas. No que se refere à formação de especialistas em MFC, tem destaque a criação do Pró-Residência em 2009, que tinha por objetivo principal induzir a formação de médicos em áreas consideradas estratégicas, dentre as quais a MFC. Alguns anos depois, em 2013, novo esforço neste sentido adveio da Lei do Mais Médicos que, além da provisão imediata, previa também a universalização das vagas de residência médica e acesso a outras especialidades mediante formação prévia obrigatória em MFC (ALESSIO; SOUSA, 2015, p. 636).

A noção da MFC como especialidade estratégica se coaduna com a concepção integral de APS, uma vez que os princípios da especialidade dialogam com os atributos essenciais e derivados da APS, de acordo com Starfield (1992). Os princípios da MFC são:

- I - O médico de família e comunidade é um clínico qualificado
- II - A atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade
- III - O médico de família e comunidade é o recurso de uma população definida
- IV - A relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade (LOPES; DIAS, 2018, p. 1-11)

Apesar de mais recente no Brasil, a especialidade é bastante mais antiga em outros países. O primeiro treinamento de pós-graduação para formação de general practitioners data de 1948; as associações britânica e holandesa da especialidade são de 1952 (SANTOS, 2012, p.1). Assim, a MFC é uma especialidade amplamente difundida no mundo, sendo o MFC o principal ator médico da APS em diversos países, especialmente aqueles que trabalham com “(...) mecanismos de coordenação hierárquica, do tipo *gatekeeper* (...)” como Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda (GIOVANELLA, 2006, p. 954)

No que se refere ao acesso, a posição do MFC nos serviços de primeiro contato os coloca em posição privilegiada para refletir sobre a organização da demanda, visto sua exposição direta à população em geral com necessidades de toda ordem. Assim, nas últimas décadas, diversos serviços de APS, dentre os quais diversas clínicas de médicos de família, desenvolveram experiências pioneiras de organização da demanda e gestão das agendas, aos quais se referem, com mais frequência, como

“modelos de acesso”. Uma das experiências mais significativas foi a do “acesso avançado” (AA), a qual será descrita a seguir. No Brasil, os MFC protagonizaram em diversos municípios iniciativas de reorganização do acesso inspirados no AA, notadamente nos municípios de Florianópolis, Curitiba e Rio de Janeiro (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2014, p.4). Estas experiências se multiplicam de maneira acelerada por todo o Brasil, o que levou a SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) a criar o “Grupo de Trabalho de Acesso” durante o 18º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em 2017, para agregar os envolvidos com o tema.

2.1.4 Os diferentes modelos: acesso tradicional, *carve-out* e acesso avançado

Mark Murray e Catherine Tantau descreveram no artigo “Same-day appointments: exploding the access paradigm” três tipos de acesso aos cuidados em saúde (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46).

No acesso tradicional, o “médico”, profissional prioritariamente descrito pelo autor, chega ao trabalho a cada manhã para enfrentar uma agenda “saturada”. Neste contexto, a maior parte dos usuários foi agendada há mais de duas semanas, casos urgentes precisam ser “encaixados” entre consultas e muitas vezes a opção para lidar com a demanda é “pular” o almoço, trabalhar até mais tarde ou se atrasar na realização de outras tarefas. O “lema” deste modelo de acesso é: “Faça o trabalho do mês passado, hoje” (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46).

O *carve-out model*, outro modelo descrito pelos autores, baseou-se na observação de que a demanda poderia ser “cientificamente” estimada. Assim, parte dos horários de atendimento disponíveis eram reservados para a demanda do dia, conforme o estudado previamente. O *carve-out model*, também conhecido como “acesso avançado de primeira geração” trabalha com o lema “Faça parte do trabalho de hoje, hoje”. (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46)

Ainda que apresentasse evidentes vantagens em relação ao acesso tradicional, Murray e Tantau (2000, p. 46) descrevem diversos problemas observados no modelo *carve-out*:

- a) Baixa capacidade de lidar com problemas considerados não urgentes que se apresentam como demanda do dia.
- b) Criação de uma “terceira categoria” de atendimento, para pacientes que “não podem” ser vistos hoje - por não preencherem critérios e/ou por não

caberem na oferta de vagas - mas que “não podem esperar mais” - pela demanda do usuário.

- c) A tendência de retorno ao modelo “saturado” pela postergação de demandas ao futuro.

Finalmente, Murray e Tantau (2000, p. 46) descrevem o Acesso Avançado (AA), experiência que o Dr. Murray viveu em seu serviço em Roseville, no norte da Califórnia. Cita também outras quatro experiências de AA: HealthPartners Medical Group and Clinics em Bloomington; The Mayo Clinic’s Primary Care Pediatric/Adolescent Medicine team; The Alaska Native Medical Center e a Fairview Red Wing Clinic.

No AA, o lema é “Faça o trabalho de hoje, hoje”. Para ser bem-sucedido nesta prática, segundo o autor, os profissionais devem deixar de lado “o que vinham pensando desde sempre” que é a máxima: “se você estiver realmente doente, nós vamos vê-lo hoje; se você não estiver realmente doente, você pode esperar”.

O AA elimina a dicotomia entre cuidado urgente e de rotina. Assim, quando “o médico” chega a cada manhã para trabalhar, existem aproximadamente 65-75% de sua agenda completamente aberta. As vagas ocupadas foram em maioria preenchidas há aproximadamente 48h. Estão previamente marcados também, aqueles pacientes que o profissional deliberadamente agendou para esta data, por razões de continuidade do cuidado.

As principais vantagens do AA podem ser observadas no campo da continuidade e do tempo de espera. Murray e Tantau (2000, p. 45) descrevem que o tempo de espera em sua clínica foi reduzido de 55 dias para apenas um. A taxa de retornos com o mesmo médico (o médico de referência de cada usuário) subiu de 47% para 80%. No longo prazo, observou-se maior satisfação dos usuários e redução na frequência de visitação anual.

No Brasil, alguns municípios e serviços isolados vem trabalhando com modelos de acesso avançado.

A Prefeitura de Curitiba publicou em 2014 a cartilha “Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde”. Nela, descreve a experiência de diversas unidades de saúde do Brasil que desenvolveram modelagens de acesso pautadas no AA, notadamente nas cidades de Florianópolis e do Rio de Janeiro. (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2014, p. 4)

Para além da experiência pioneira do AA na Califórnia, existe ampla literatura internacional a respeito, a qual se difere sobremaneira da produção nacional. A produção internacional sobre acesso, por exemplo, dá maior ênfase às diferentes estratégias de gestão da demanda e redução do tempo de espera por consultas. Observa-se isso no destaque dado a aplicação de tecnologias de “agendamento” e “ocupação de vagas”. A seguir, serão descritos alguns estudos que exemplificam esta produção.

2.1.5 O debate internacional sobre acesso

Ghorob e Bodenheimer (2013), Kaplan *et al.* (2015) e Kiran e O'Brien (2015) desenvolveram estudos focados nos principais desafios do acesso e quais são as características que favorecem o mesmo.

Ghorob e Bodenheimer (2013), por exemplo, descreveram os principais desafios para a implantação do Acesso Avançado e propuseram três pilares fundamentais para a melhoria do acesso ao cuidado: “Tamanho do painel adequado”, “Continuidade do cuidado” e “Trabalho em Equipe”. Os autores identificaram que na maioria dos serviços onde o acesso avançado foi implantado houve redução significativa do tempo de espera de consulta, porém apenas uma minoria conseguiu sustentar acesso em no máximo até quarenta e oito horas. No que se refere a satisfação do usuário, os autores observaram que na maior parte dos serviços onde o Acesso Avançado foi implementado a satisfação permaneceu igual ou diminuiu. (GHOROB; BODENHEIMER, 2013, p. 12)

Convém descrever o que significam cada um dos três pilares propostos por Ghorob e Bodenheimer (2013). O tamanho do painel adequado, se refere a necessidade de “fidelizar” a uma equipe uma quantidade de pacientes que lhes possibilite dar conta da demanda. Boa parte da literatura situa o tamanho do painel por médico entre 1500 a 2500 pessoas, número este bastante inferior ao tradicionalmente praticado pelas Equipes de Saúde da Família em nosso país. A “continuidade do cuidado” se refere a ofertar cuidado preferencial com a equipe de referência, em qualquer situação. A vinculação a uma equipe de referência tem demonstrado melhores desfechos clínicos e redução da procura, visto que muitas vezes um usuário que é atendido por outro profissional acaba procurando novamente seu médico pelo mesmo motivo, por orientação do primeiro profissional ou apenas para dar ciência ao segundo acerca do episódio e obter orientações de continuidade.

(GHOROB; BODENHEIMER, 2013, p. 12) O “trabalho em equipe” se refere ao aumento potencial da capacidade de cuidado que advém da integração dos profissionais da equipe multiprofissional, notadamente os enfermeiros, no cuidado principalmente dos pacientes crônicos em situações de vigilância à saúde. Os autores observaram que diversos serviços que tiveram bons resultados na implantação do Acesso Avançado o fizeram às custas da ampliação do trabalho em equipe. (GHOROB; BODENHEIMER, 2013, p. 13)

Kiran e O'Brien (2015) postulam que sistemas de saúde de alta qualidade deveriam ser capazes de prover cuidado oportuno as pessoas na APS, inclusive no mesmo dia. Os autores observam, entretanto, que apenas 41% dos canadenses declaram conseguir consultas no mesmo dia com seus médicos, o pior resultado entre onze países de alta renda. Os autores destacam ainda os esforços de países como Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido na implementação do Acesso Avançado. No Canadá, citam seis províncias que apoiaram seus serviços de APS na implementação do Acesso Avançado em busca de ampliação do acesso. Destaca, entretanto, que a experiência destas províncias ainda não foi formalmente avaliada. Descrevem também uma possível distorção do acesso avançado, o “acesso por negativa”. Para ilustrar resgatam a experiência inglesa, onde diversos serviços reservaram 70% da demanda para acesso no mesmo dia tendo em vistas ir ao encontro de uma diretiva governamental de que as pessoas tivessem acesso a consulta médica em até no máximo quarenta e oito horas. Essa reserva praticamente impossibilitou que os usuários agendarem consultas antecipadamente de acordo com sua conveniência. Por fim, destacam que em boa parte dos lugares onde o acesso avançado foi implementado a demanda supera a oferta. Cita que muitos serviços equacionaram este quadro reduzindo o seu painel de usuários para cerca de mil e oitocentas pessoas, envolvendo fortemente a equipe multiprofissional e mantendo o tempo de espera para consulta médica em torno de sete dias e não mais quarenta e oito horas para todos. (KIRAN; O'BRIEN, 2015, p. 399)

Kaplan *et al.* (2015) descreveram o relatório do Institute of Medicine (IOM) acerca do “Acesso e agendamento”. O comitê do IOM identifica a “pontualidade” como um importante indicador da performance do sistema de saúde e propõe uma série de recomendações endereçadas a promoção do acesso oportuno, como ação federal coordenada e a proposição, teste e implantação de padrões de acesso. (KAPLAN, 2015, p. 1449).

No que se refere a experiências desenvolvidas pelos serviços em prol da ampliação do acesso, os estudos de Ansel *et al.* (2017), Rodrigues *et al.* (2016), Tinkler *et al.* (2017), Tseng *et al.* (2015) e Singh *et al.* (2017), Easton *et al.* (2015), Ford *et al.* (2015) e Balasubramanian *et al.* (2014) são representativos das principais estratégias: o Acesso avançado, a ampliação do atendimento a demanda do dia no dia, a ampliação dos horários e dias de atendimento, bem como o aumento da participação da equipe multiprofissional.

Ansel *et al.* (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura para identificar intervenções desenhadas para reduzir o tempo de espera para consultas em atenção primária. Redução de faltas e satisfação do paciente foram desfechos secundários estudados. A revisão retornou 3960 artigos e identificou que a intervenção mais utilizada para reduzir o tempo de espera por consultas foi o acesso avançado. (ANSELL; JAG *et al.*, 2017, p. 3) Seguimento clínico por telefone e e-mail, bem como presença de profissionais de enfermagem na equipe de atendimento ou de triagem também foram efetivos na redução do tempo de espera por consultas. O trabalho também identificou que o acesso avançado foi efetivo para a redução de faltas. (ANSELL; JAG *et al.*, 2017, p. 6). No que se refere a satisfação do usuário, os autores identificaram que a satisfação varia significativamente com a idade: Acesso no mesmo dia e mais valorizado por usuários mais jovens e menos valorizado por usuários mais velhos. (ANSELL; JAG, *et al.*, 2017, p. 7)

Rodrigues *et al.* (2016) compararam o uso do acesso avançado e do cuidado em horário estendido em serviços de APS americanos. Os autores observaram as características dos serviços que favoreceram a adoção do Acesso Avançado: Integração à sistemas de saúde (em detrimento de clínicas pequenas de propriedade particular), serviços voltados a populações mais carentes, com baixa ou nenhuma cobertura de seguro de saúde e serviços cujo trabalho em equipe era mais robusto e fortalecido. (RODRIGUEZ *et al.*, 2016, p. 634)

Tinkler *et al.* (2017) analisou a oferta de consultas com médicos, enfermeiros e assistentes médicos em uma amostra de serviços de APS nos Estados Unidos. Para tal, os autores criaram setenta e dois perfis simulados com variedade de gênero, idade, etnia, sexo, cobertura de seguro de saúde e demanda. Assistentes foram selecionados para telefonar para os serviços se apresentando como familiares do perfil criado, para solicitar consultas rotineiras para pessoas saudáveis. A orientação inicial era não solicitar consultas com profissional não médico, com o intuito de medir

a frequência com que o atendimento com a equipe multiprofissional era oferecido espontaneamente nestes casos. Como resultado do estudo, novecentos e vinte e dois serviços foram contatados, dos quais quatrocentos e quarenta ofereceram consultas. Destes 41% (378) ofereceram consultas com o médico solicitado, 6% (52) ofereceram consulta com outro médico e menos de 1% (9) ofereceram consulta com profissional de enfermagem. O tempo de espera para consulta médica nos serviços era de 22,5 dias com o médico de referência e de 24,5 dias com outro médico. O tempo de espera para consulta de enfermagem era de 3,6 dias. Este estudo é demonstrativo do subaproveitamento da capacidade dos demais profissionais de saúde em promover acesso e cuidado de qualidade aos pacientes que demandam apenas vigilância de saúde. (TINKLER; SHARMA, *et al.*, 2017, p. 211)

Tseng *et al.* (2015) e Singh *et al.* (2017) discorrem sobre experiências para melhoria do acesso, dentre as quais o acesso avançado, em serviços de APS com perfil peculiar, sendo o primeiro uma unidade de ensino e o segundo um serviço voltado para a população militar. Ambos destacam a necessidade de pré-requisitos mínimos para o sucesso da ampliação do acesso, dentre as quais um quantitativo adequado de clínicos, tamanho do painel adequado, softwares próprios, trabalho em equipe e cuidado centrado na pessoa. (TSENG *et al.*, 2015, p. 74; SINGH, 2017, p. 63)

Easton *et al.* (2015) e Ford *et al.* (2015) discutem a opção de abrir os serviços de APS durante o final de semana como estratégia de ampliação do acesso. Easton *et al.* (2015) recuperam o histórico de medidas implementadas pelo National Health Service (NHS) inglês em busca de melhorar o acesso, passando pelos seguintes marcos: O NHS Direct (1998), serviço telefônico voltado para prestar informações sobre o NHS vinte e quatro horas por dia a todos os cidadãos; às walk-in clinics (1999), serviços para atendimento de demanda espontânea prioritariamente ofertados por enfermeiros; os Darzi Centers (2008), desenhados para oferecer atendimento médico das oito às vinte horas, sete dias na semana; o NHS 111 (2013) que substituiu o NHS Direct, no intuito de ofertar informações sobre o NHS e sobre saúde para promover melhor o autocuidado; O plano do NHS de 2000 que traçou como meta que até 2004 todos os britânicos tivessem acesso a qualquer profissional de saúde em até vinte e quatro horas e ao seu General Practitioner (GP) em até quarenta e oito horas. Os autores destacam que o plano do NHS de 2000 impactou em forte promoção do modelo americano de acesso avançado entre os serviços britânicos. (EASTON;

BAKER, 2015, p. 17) Ainda que tenha havido importante diminuição no tempo de espera por consulta a meta de atendimento médico com o GP em até quarenta e oito horas não foi atingida. Em virtude disso, a estratégia do horário estendido com atendimento nos finais de semana como forma de aumentar a capacidade de atendimento surgiu como opção, tendo recebido importante incentivo governamental. Ford *et al.* (2015), entretanto identificam que a medida é pouco efetiva. Os autores desenvolveram um estudo que visou identificar que perfil de usuários estaria disponível para utilizar os serviços de APS no final de semana. 80,9% dos entrevistados não percebiam nenhuma inconveniência nos horários praticados durante a semana por seus GPs; dos que achavam o atendimento durante a semana inconveniente, 73% acharam que o sábado poderia ajudar no acesso; 35% acharam que o domingo ajudaria. Apenas 2,2% manifestaram preferência pelo domingo. Pessoas jovens, com maior qualidade de vida e com trabalho em tempo integral manifestaram maior preferência pelo final de semana. Pessoas com pior status de saúde, tal qual idosos e pessoas com outras limitações funcionais tinham menor probabilidade de preferir os finais de semana. (FORD *et al.*, 2015, p. 794)

Balasubramanian *et al.* (2014) trabalham com modelagens de alocação dinâmica de pacientes em vagas disponíveis ao longo do dia com base na experiência de três serviços de APS. Os autores trabalham com “duas questões chave” que descrevem como “problema de localização” e “problema de alocação”. A primeira questão analisa se a localização das vagas para consultas pré-agendadas impacta na capacidade de um serviço em satisfazer a demanda do dia. A segunda questão se debruça sobre como as demandas do dia devem ser distribuídas entre os múltiplos profissionais ao longo do período de atendimento. (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2014, p. 32) Para testar as variáveis que permeiam ambas as questões, os autores desenvolveram quatro cenários com cargas simétricas e assimétricas entre os médicos de um serviço (nas cargas simétricas todos tinham a mesma quantidade de consultas pré-agendadas e disponíveis para o dia; nas cargas assimétricas alguns tinham carga maior ou menor do que os demais de consultas pré-agendadas ou disponíveis para o dia). Para tal, assumiu-se uma jornada diária padrão de oito horas por profissional com uma vaga alocada a cada vinte minutos do dia (totalizando vinte e quatro consultas por dia). Os quatro cenários testados foram: Toda a manhã reservada para consultas pré-agendadas; toda a tarde reservada para consultas pré-agendadas; dois blocos por dia reservados para consulta pré-agendadas (parte das

vagas no começo da manhã e parte das vagas no começo da tarde); livre escolha do paciente por horário ao longo do dia. Como resultados os autores encontraram que o pior cenário em termos de satisfação da demanda no dia foi a reserva de toda a tarde, havendo proporcionalidade direta entre o pior desfecho e um maior número de consultas pré-agendadas (60% pior nos esquemas de agenda com dezesseis vagas ocupadas e oito livres e 30% pior em esquemas de agenda com oito vagas ocupadas e dezesseis livres). Em termos de continuidade o modelo “toda a manhã” e “dois blocos” foram mais efetivos do que “toda a tarde” e “livre escolha do paciente”. “Livre escolha do paciente” foi melhor apenas em termos de continuidade quando comparado com “toda a tarde”. Assim, os autores sugerem que os serviços trabalham preferencialmente com esquemas de oferta assimétrica entre os médicos em dois blocos durante o dia, com a minoria das vagas pré-agendadas previamente como estratégia para satisfazer a maior parte da demanda do dia no dia e garantir continuidade. (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2014, p. 41)

Convém destacar o que o tempo de espera para consultas, foco principal dos estudos supracitados, contrasta de forma significativa as produções nacional e internacional sobre o tema, uma vez que, como destacado por Tesser e Norman (2014), o tempo de espera é um desfecho largamente negligenciado em nosso meio:

Em buscas de artigos científicos que mensuraram o acesso aos serviços apenas na dimensão restrita de tempo de espera por quem procura ser atendido no mesmo dia ou agendar um atendimento na APS/ESF brasileira, com vários descritores incluindo acesso e acolhimento, não se encontrou em dezenas de resumos inicialmente selecionados um único que dimensiona descritivamente esse tempo, no país, num Estado, município, distrito ou grupo de unidades de saúde. Várias avaliações da APS/ESF têm enfoques sistêmicos e abrangentes, mas não têm avaliado com proximidade a situação do acesso dos que procuram o cuidado; ou o abordam apenas superficial e tangencialmente, como em Silva e colaboradores (2013), Mitre e colaboradores (2012), Azevedo e Costa (2010), Sousa e Merchán-Hamann (2009), Sousa (2008), Conill (2002). Parece que não se sabe, e não houve interesse em investigar, a distribuição do tempo de espera para atendimento por um profissional da equipe responsável pelo cuidado ao usuário na APS/ESF. (TESSER; NORMAN, 2014, p. 870)

Os estudos acima demonstram também que outros desfechos de interesse frequente para a produção internacional são a satisfação do usuário, a continuidade e a utilização de serviços de urgência. O impacto das diferentes modelagens nos desfechos de qualidade do cuidado clínico, entretanto deixam a desejar na produção internacional. Frente a isso, merece destaque o estudo de Degani (2013), que realizou uma revisão de literatura para avaliar se a implementação do acesso avançado

reduziu a utilização de outros serviços de saúde e/ou melhorou os desfechos clínicos e a satisfação entre os adultos com doenças crônicas. A revisão demonstrou com baixa ou muito baixa qualidade de evidência que o acesso avançado não impactou de forma estatisticamente significativa na utilização de outros serviços de saúde por diabéticos ou cardiopatas; com muito baixa qualidade de evidência demonstrou redução na admissão em hospitais por cetoacidose diabética com tempo de permanência maior do que três dias; Com muito baixa qualidade de evidência não demonstrou nenhum aumento na satisfação do usuário com o acesso avançado. (DEGANI, 2013, p. 30).

2.2 O campo

2.2.1 São Bernardo do Campo e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

São Bernardo do Campo é um município situado na região do ABC paulista e que conta com 186.039 famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017). A rede de atenção básica (AB) passou por um importante crescimento na última década: de dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 2008 a trinta e quatro unidades em 2017. No que se refere à Estratégia de Saúde da Família, o crescimento também foi exponencial. Hoje o município conta com cento e trinta e seis equipes de ESF. Em 2008 eram apenas dezenove. (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 106)

Em 2014 São Bernardo do Campo passou a contar também com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC-SBC). O programa é vinculado diretamente à Secretaria Municipal de Saúde e se propõe a ser um programa de formação em rede, utilizando-a como cenário de prática:

“O principal cenário de prática do residente do PRM em Medicina de Família e Comunidade da SMS-SBC é uma Equipe de Saúde da Família na qual estará vinculado durante todo o seu curso e supervisionado por preceptores qualificados e com experiência de ensino na área de Atenção Primária à Saúde.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017, p. 4)

“Nesse mesmo cenário serão desenvolvidas as atividades dos estágios “Atenção Primária à Saúde - Território, Controle Social e Redes de Apoio”

(R1), “Atenção Primária à Saúde - Cuidando além do domicílio tradicional” (R2) e “Atenção Primária à Saúde - articulando redes” (R2) focando a abordagem dos problemas e necessidades de saúde da comunidade no âmbito das ações de promoção, proteção e recuperação de saúde de caráter individual e coletivo construídas conjuntamente com a população, por meio do Conselho Local de Saúde e outras formas de organização popular e em equipamentos como escolas, creches, locais de trabalho, lazer, instituições de longa permanência para idosos, entre outros.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 4)

Atualmente o município possui sete programas de Residência, sendo eles: Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Psiquiatria, Cirurgia Geral e Neonatologia.

2.3 O objeto

2.3.1 O Acolhimento por Equipe

A experiência do Acolhimento por Equipe (AE) guarda íntima relação com o nascimento do PRM-MFC no município de São Bernardo do Campo em 2014.

Até 2014, todas as UBS do município organizavam o seu acesso seguindo as diretrizes básicas do “Documento Norteador da Atenção Básica” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 1). Este documento, em segunda edição publicada no ano de 2014, trabalhava com o acesso pautado na diretriz do acolhimento, em consonância com os pressupostos da PNH. Na definição adotada pelo documento:

“Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 17)

O Documento Norteador não definia um fluxo único obrigatório a ser seguido por todos os serviços, mas propunha diretrizes. Definia por exemplo que todos os profissionais do serviço eram responsáveis por acolher os usuários em suas demandas:

“A prática de ‘Acolher’ consiste em uma escuta qualificada que todos os funcionários das UBS devem realizar ouvindo as necessidades que levaram o usuário ao serviço, orientando e/ou encaminhando conforme as necessidades do usuário.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 17)

O documento, entretanto, dá algumas demonstrações de que a separação entre a demanda espontânea e a demanda programada, a partir de uma definição

bastante estreita de “agudo” e “crônico” é, ao fim e ao cabo, sua principal vocação. O fluxograma abaixo é ilustrativo deste fato:

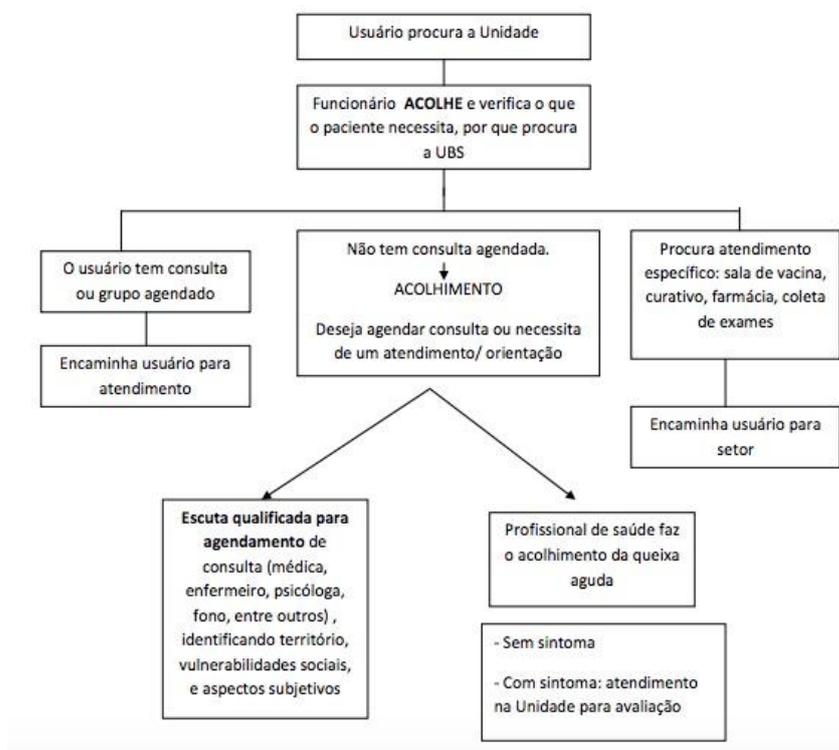


figura 1 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 18)

Problemas crônicos ou pessoas “sem sintomas” tinham como encaminhamento prioritário o direcionamento para agendamento, procedimento este centralizado na recepção.

“O agendamento das ações (consultas, exames, etc.) será feito na recepção, onde serão mantidas as agendas de todos os profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas e outros).” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 9)

“O agendamento deverá ser realizado após uma escuta técnica realizada por profissional com formação na área da saúde: auxiliar/ técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo, farmacêutico, assistente social, fonoaudiólogo auxiliar/técnico de saúde bucal entre outros.” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 9)

Ainda que o documento norteador indicasse escuta qualificada por profissional de saúde previamente ao agendamento, a prática majoritária dos serviços era estabelecer escuta apenas para as demandas agudas. Os demais eram orientados a agendar consultas diretamente na recepção, conforme disponibilidade de vagas.

A chegada do PRM-MFC-SBC demandou que os serviços se adaptassem para incorporar a missão do ensino à vocação assistencial. A necessidade de organizar o acesso dos usuários aos novos atores resultantes desse processo, possibilitou que o

acesso ao serviço como um todo fosse repensado. Assim, pautando-se nas diretrizes do documento norteador do município, aliado às experiências de outros PRMs em rede e na produção internacional da Medicina de Família e Comunidade, o PRM-MFC de São Bernardo do Campo iniciou suas atividades em 2014 implementando o AE em duas equipes de duas UBS distintas do município, as quais serviriam como campo de estágios para o programa.

O AE, convém assinalar, é uma tecnologia voltada para a organização do acesso às ofertas de cuidado que são geridas pela Equipe de Saúde da Família. Murray e Tantau (2000, p. 1) descrevem outro princípio do AA que se constitui em uma importante influência para a concepção do AE: “Boas coisas acontecem quando o médico vê seus próprios pacientes”.

Assim, a continuidade, não apenas com o médico, mas com a equipe de referência, se constitui na principal aposta do AE.

O AE pressupõe escuta qualificada para qualquer demanda que mobilize o usuário ao serviço e que não tenha sido previamente organizada por um profissional de saúde. Assim, pessoas que já possuem agendamentos, que vêm em busca grupos de educação em saúde de acesso aberto ou que demandam procedimentos em setores específicos, como dispensação de remédios, vacinas, etc., não precisam passar pela escuta do AE. Porém, todo o restante é candidato a escuta do mesmo. Desta forma, além de recuperar um importante pressuposto do Documento Norteador, que prevê escuta qualificada por profissional de saúde tanto para os agendamentos quanto para as demandas do dia, o AE transcende a dicotomia entre agudo e crônico, além de promover vinculação.

O fluxo de acesso nas equipes com AE segue descrito na figura 2:

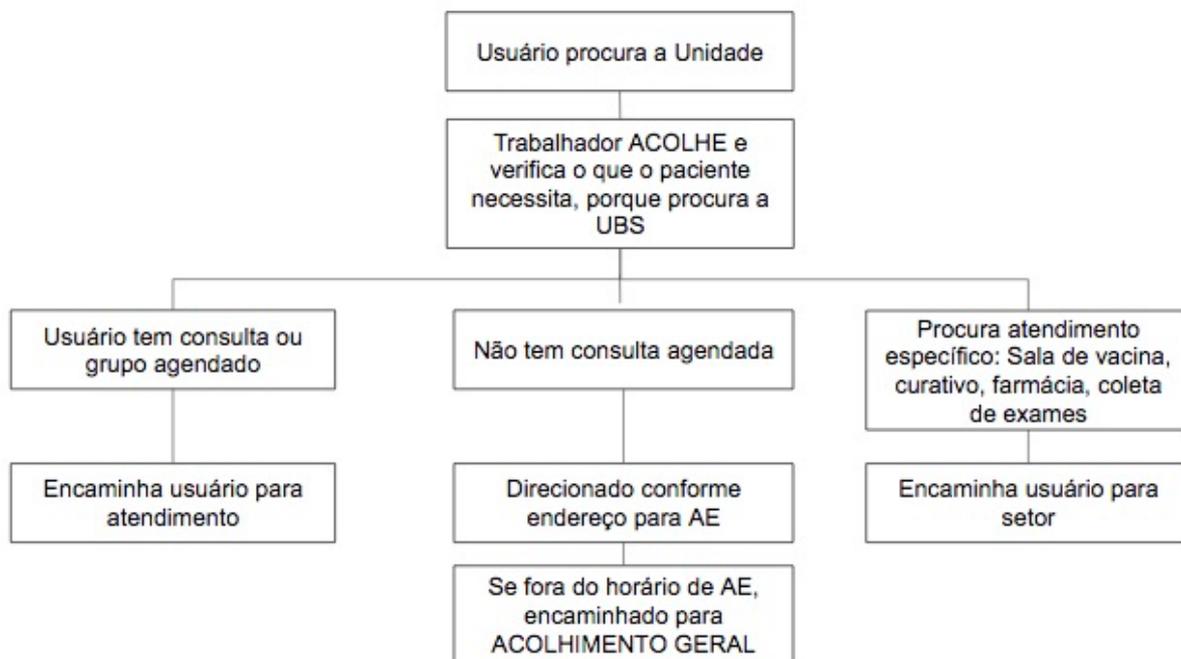


Figura 2, autoria própria.

À disposição do usuário que chega ao AE, existem três profissionais: dois profissionais de dianteira e um profissional de retaguarda. O primeiro profissional de dianteira é responsável pela receptiva do usuário ao AE. Normalmente quem desempenha este papel é o Agente Comunitário de Saúde. Seu papel geralmente se restringe a receber o usuário, coletar suas informações de identificação, providenciar o prontuário do mesmo e indicar o local onde irá ocorrer o atendimento. O segundo profissional da dianteira é responsável pela primeira escuta do usuário. Esta etapa do AE é geralmente realizada por um profissional de enfermagem vinculado à equipe (enfermeiro ou técnico de enfermagem). Cabe a esse profissional escutar as demandas da pessoa, considerar a sua vulnerabilidade e direcioná-la para a melhor oferta de acordo com a sua necessidade. Assim, a conduta final nessa etapa do AE pode ser uma orientação, o direcionamento para um grupo ou outro setor, o agendamento com algum profissional da equipe ou direcionamento para atendimento no dia com o profissional da retaguarda. Em alguns caso o profissional consegue endereçar algumas necessidades de saúde, dentro do contexto da sua formação, nesta etapa, encerrando o episódio de cuidado neste momento. São as chamadas “consultas breves”.

Ao profissional da retaguarda cabe realizar o atendimento de saúde do usuário. O profissional da retaguarda é geralmente o médico da equipe.

A figura 3 abaixo exemplifica a atuação destes três profissionais:

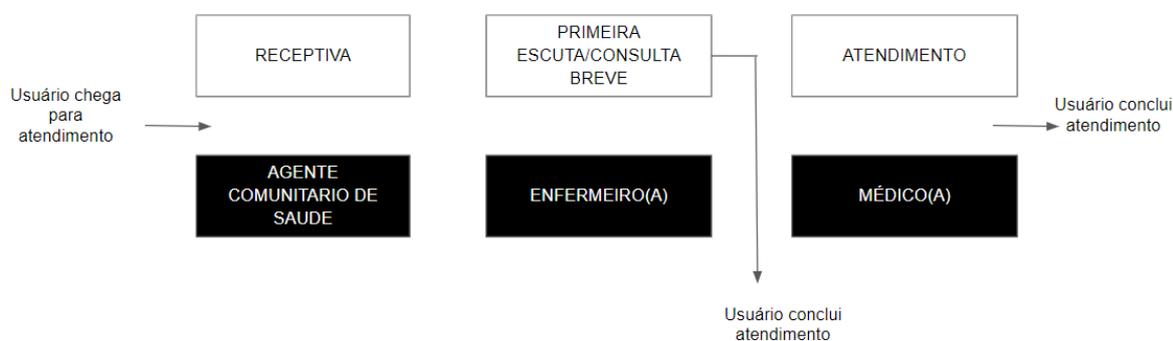


Figura 3, autoria própria.

Tanto o profissional da retaguarda quanto o da dianteira não têm atendimentos concorrentes aos atendimentos do AE. Assim, durante as horas de realização do AE os profissionais estão inteiramente dedicados ao mesmo. Exceções ocorrem quando algum usuário de outra equipe demanda atendimento via acolhimento geral (AG) em um momento em que os seus médicos e enfermeiros de referência não estão disponíveis. Nesses casos, os usuários do AG podem vir a ser atendidos por algum profissional que esteja na retaguarda do AE. Convém assinalar que o AG, ao contrário do AE, funciona horizontalmente durante todo o período de funcionamento da UBS. A primeira escuta do AG é realizada por profissional de enfermagem e a retaguarda pode ser realizada por qualquer profissional da UBS. O AG, entretanto, funciona por escala, não sendo possível assegurar que o usuário será atendido por profissionais da sua equipe de referência, ainda que haja orientação para que isso ocorra preferencialmente.

Uma questão importante do AE, é que a decisão de direcionar o usuário para atendimento no dia não é mais pautado pela dicotomia agudo versus crônico, ou na máxima “se você estiver realmente doente, nós vamos vê-lo hoje; se você não estiver realmente doente, você pode esperar”. O que é levado em consideração é a disponibilidade do usuário para o cuidado e a oferta da equipe. Assim, se um profissional médico possui de três a quatro horas de atendimentos disponíveis para os casos do AE, é possível resolver neste período tanto casos agudos quanto crônicos, ou até mesmo mistos, como é frequente na APS (Por exemplo: Usuário hipertenso que precisa de rotina para hipertensão, porém apresenta também sintomas gripais). O principal resultado dessa prática é a utilização mais racional do agendamento, resultando em agendas mais disponíveis para o futuro breve.

Se considerarmos os modelos de acesso como um contínuo, como expresso na figura 4, o AE se enquadra em um ponto intermediário entre o *carve-out* e o AA, oscilando em termos de produção de cuidado entre ambos os modelos. Esta oscilação se dá em decorrência das variações na demanda e na oferta da equipe, que podem ocorrer por múltiplas razões: sazonalidade, epidemias, acúmulo de demanda ou redução da oferta em decorrência de feriados, etc.

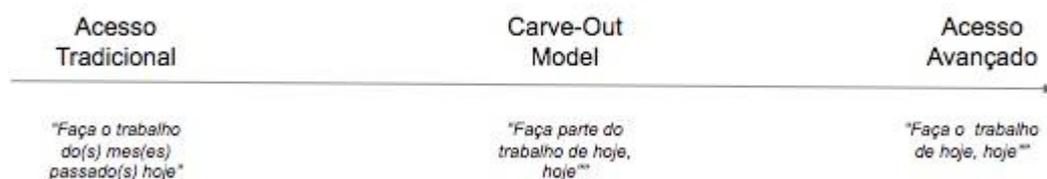


Figura 4, autoria própria.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

. Descrever a implantação do dispositivo do AE e analisar as repercussões do mesmo no processo de trabalho, ampliação do acesso e qualidade do cuidado prestado à população, segundo a percepção dos trabalhadores

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o dispositivo do AE
- Analisar sua evolução histórica até 2018
- Explorar as perspectivas futuras dos trabalhadores no que se refere ao acesso aos serviços de saúde na APS

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Caracterização do estudo

Este trabalho tem como objeto de estudo o “Acolhimento por Equipe”, dispositivo de acesso desenvolvido e adotado pelas UBS do campo de estágio do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade de São Bernardo do Campo-SP. Para desenvolvê-lo, elegeu-se a como abordagem de investigação a pesquisa qualitativa na perspectiva da pesquisa social. A pesquisa qualitativa pode ser definida como “um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. (...) seus pesquisadores buscam entender, ou

interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a elas conferem" (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Minayo (1994) destaca que o objeto das ciências sociais é o histórico. Segundo a autora, as sociedades humanas "Vivem o presente marcado pelo passado e projetando para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído" (MINAYO, 1994, p.13). Assim, procurou-se neste estudo representar a construção do AE, incluindo elementos da sua motivação, concepção, disputa e implantação, bem como buscou-se captar a voz dos diversos atores desta história quanto às suas impressões presentes e perspectivas futuras.

Para dar cabo desta investigação, o procedimento metodológico eleito foi o estudo de caso. Na definição de Almeida (2016), o estudo de caso é um "procedimento holístico" que tem como pressuposto "(...) o estudo intenso de um fenômeno complexo, segundo diferentes perspectivas (...)" e "que procura apreender diversas dimensões de um fenômeno ou evento social específico" (ALMEIDA, 2016, p. 60).

Assim, segundo Yin (2001), o estudo de caso "(...) investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas" (YIN, 2001, p. 32).

Tendo o presente estudo como objetivos principais a descrição da implantação dispositivo do "Acolhimento por Equipe" e a análise das repercussões do mesmo no processo de trabalho, ampliação do acesso e qualidade do cuidado prestado à população a partir da perspectiva dos trabalhadores, justifica-se o emprego do estudo de caso como procedimento metodológico visto que, ainda segundo Yin (2001), os estudos de caso trazem consigo pelo menos cinco aplicações diferentes, das quais as primeiras três se coadunam com as motivações deste trabalho (YIN, 2001, p. 34). Nas palavras do autor:

A mais importante é explicar os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para as estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos. (...) Uma segunda aplicação é descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre. Em terceiro lugar, os estudos de caso podem ilustrar certos tópicos dentro de uma avaliação, outra vez de um modo descritivo - mesmo de uma perspectiva jornalística. A quarta aplicação é que a estratégia de estudo de caso pode ser utilizada para explorar aquelas situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados. Em quinto lugar, o estudo de caso pode ser uma "meta-avaliação" - o estudo de um estudo de avaliação" (YIN, 2001, p. 34).

4.2 A seleção do caso

No presente estudo, elegeu-se como caso a experiência de dois serviços de atenção primária na implantação de um dispositivo de acesso já nomeado previamente como “Acolhimento por Equipe”. Os dois serviços são situados no município de São Bernardo do Campo-SP e compõem o campo de estágio do Programa de Residência Médica em Medicina de Família de Comunidade da Secretaria de Saúde deste município. Trata-se, na definição de Stake (2000), de um caso intrínseco (STAKE apud LIMA, 2002, p. 139). Nas palavras do autor:

“Estudo de caso intrínseco é aquele em que o caso constitui o próprio objeto da pesquisa. O que o pesquisador almeja é conhecê-lo em profundidade (...) Casos desse tipo podem ser constituídos, por exemplo, por um líder carismático ou por uma empresa pioneira na introdução de um sistema de avaliação de desempenho.” (STAKE, 2000 apud LIMA, 2002, p. 135)

É importante destacar que existem no município outros serviços que organizam seu acesso através do Acolhimento por Equipe. Rodrigues (2016), em sua dissertação de mestrado, destaca que pelo menos dez serviços na região reivindicavam a utilização deste dispositivo no seu período de estudo (RODRIGUES, 2016, p. 131). Assim, a eleição da experiência destes dois serviços se deu pelo seu pioneirismo na concepção, implantação e posterior difusão do modelo em São Bernardo do Campo-SP.

Neste trabalho, os dois serviços serão identificados como UBS A e B.

4.3 Os Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo podem ser divididos em dois grandes núcleos: um núcleo aqui denominado como “fundador” e outro aqui denominado de “contemporâneo”.

Compõem o núcleo fundador os sujeitos envolvidos na implantação do dispositivo em 2014, ano de seu surgimento. Na fase exploratória da pesquisa, identificou-se que duas equipes de saúde da família foram responsáveis pela concepção e implantação do AE em São Bernardo do Campo em seu ano inicial. Neste estudo, estas equipes serão identificadas como “equipe fundadora da UBS A” e “equipe fundadora da UBS B”. Assim, foram incluídos sujeitos que atuaram nos serviços e nestas equipes em 2014. Estes sujeitos serão identificados ao longo deste estudo a partir de seu papel, núcleo de sujeitos do estudo e serviço de atuação (Ex. Médico do núcleo fundador da UBS A”).

O núcleo contemporâneo, por sua vez, é composto por profissionais que representam os pares dos sujeitos do núcleo fundador na atualidade, de modo que

fosse possível extrair informações sobre a evolução histórica do AE, quatro anos após a implantação. Estes sujeitos serão identificados por seu papel, núcleo de sujeitos do estudo e serviço (Ex. Enfermeiro do núcleo contemporâneo da UBS B).

4.4 A coleta dos dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas.

A entrevista, enquanto abordagem técnica do trabalho de campo, é descrita por Minayo (1994) como “(...) o procedimento mais usual de trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais” (MINAYO, 1994, p.57). As entrevistas semiestruturadas, na definição de Cannel e Khan (CANNEL; KHAN, 1974, apud ALVES; SILVA, 1992, p. 63) caracterizam-se pela composição de um “roteiro com tópicos gerais selecionados e elaborados de tal forma a serem abordados com todos os entrevistados” (CANNEL e KHAN, 1974, apud ALVES; SILVA, 1992, p. 63). Assim, a entrevista semiestruturada foi a técnica de coleta de dados de eleição para abordar os sujeitos do núcleo fundador e contemporâneo, tendo em vistas assimilar a história de implantação do dispositivo para sua descrição, bem como apreender a visão processual dos sujeitos envolvidos quanto às suas repercussões no cuidado final dos usuários, no acesso e no processo de trabalho das equipes na APS.

Ao todo foram realizadas doze entrevistas, no mês de fevereiro de 2018. Quatro delas foram realizadas em locais públicos (lanchonetes, universidade e dependências do Sindicato dos Médicos de São Paulo) e as demais no domicílio dos entrevistados nas cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Santo André. Antes de iniciar as entrevistas, todos foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seu objetivo, método, ausência de riscos e benefícios, bem como da possibilidade de interromperem sua participação na pesquisa a qualquer momento. Ao terem suas dúvidas esclarecidas, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

Os roteiros das entrevistas semiestruturadas podem ser acessados na íntegra na seção de anexos deste trabalho.

4.5 O tratamento dos dados

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas por assistente de pesquisa contratada pela autora. Para o tratamento dos dados obtidos, utilizou-se como referência a análise de conteúdos como proposta por Laurence Bardin (2004) e

o método hermenêutico-dialético de Minayo (1994). Minayo (1994), descreve a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que surgiu nos Estados Unidos no início de século XX, com experimentos originariamente voltados para a comunicação em massas (MINAYO, 1994, p.74). Identifica ainda duas funções principais na aplicação da técnica. Nas palavras da autora:

“Uma se refere à verificação de hipóteses e/ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios de pesquisa quantitativa ou qualitativa” (MINAYO, 1994, p.74)

No que se refere ao método hermenêutico-dialético, proposta dialética da autora para análise dos dados, a mesma afirma:

“Nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala. (MINAYO, 1994, p.77)

Bardin (2010) define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo e das mensagens.” (BARDIN, 2004, p. 38). Assim, adotando-se as duas autoras como referencial teórico, a análise do material se deu a partir das seguintes etapas:

- a) **Leitura flutuante do material:** Esta etapa teve por objetivo promover a impregnação do conteúdo por parte da autora, para compreensão dos dados de forma global e peculiar a cada aspecto de interesse.
- b) **Seleção das unidades de registro e unidades de contexto:** Da leitura flutuante, emergiram unidades de registro representativas de idéias centrais que se coadunavam com os objetivos do estudo. Estas unidades foram traduzidas em unidades de contexto, o que permitiu uma primeira organização dos dados em núcleos de sentido.
- c) **Elaboração de categorias:** Após primeira organização do conteúdo realizada na etapa anterior, procedeu-se um novo agrupamento dos dados, mesclando-se unidades de contexto por afinidades em núcleos de sentido maiores, elaborando-se categorias de análise. Durante a categorização buscou-se coerência com as características de exclusão mútua,

homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade, produtividade. Para apresentar os resultados deste trabalho foram elaboradas três categorias: a) O trabalhador como sujeito; b) A APS em disputa; c) O acesso na efetivação do direito à saúde.

- d) **Análise final:** Nesta etapa, procedeu-se a articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, promovendo-se então a relação “(...) entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (MINAYO, 1994, p.79)

4.6 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), disponível pela Plataforma Brasil, através do Parecer Consubstanciado número 2.498.967 em 19/02/2018 (Anexo D). Foi realizada dentro dos preceitos éticos preconizados, conforme Resolução número 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Características dos participantes

O presente estudo foi realizado mediante a aplicação de doze entrevistas semiestruturadas. A tabela 1 descreve as características gerais dos participantes, bem como os núcleos de sujeitos da pesquisa.

Tabela 1 – Características gerais dos participantes da pesquisa

Núcleo de sujeitos	Quantidade de entrevistados	Papel desempenhado nos serviços	Núcleo de formação
Fundador	6	Dois médicos de equipe, dois enfermeiros de equipe um gestor local, um residente de MFC.	Três médicos, dois enfermeiros, um psicólogo
Contemporâneo	6	Dois médicos de equipe, dois gestores locais, um residente de MFC e uma residente de enfermagem da residência multiprofissional	Três médicos, dois enfermeiros e um fisioterapeuta

Os sujeitos da pesquisa, portanto, são:

- a) Médica do núcleo fundador da UBS A

- b) Médica do núcleo fundador da UBS B
- c) Médico do núcleo contemporâneo da UBS A
- d) Médica do núcleo contemporâneo da UBS B
- e) Enfermeira do núcleo fundador da UBS A
- f) Enfermeira do núcleo fundador da UBS B
- g) Gestor do núcleo fundador da UBS A
- h) Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A
- i) Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B
- j) Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B
- k) Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A
- l) Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Convém assinalar que as duas enfermeiras do núcleo fundador são as atuais enfermeiras das mesmas equipas.

No planeamento inicial da pesquisa, foram projetadas quinze entrevistas. Os quinze entrevistados da primeira etapa, representavam os médicos, enfermeiros, residentes e gestores da UBS A e B em 2014 e na atualidade. Vale destacar que os médicos, enfermeiros e residentes selecionados foram os que estavam vinculados às equipas que implantaram o acolhimento, aqui chamadas de equipa fundadora da UBS A e equipa fundadora da UBS B. Não puderam ser localizados o gestor do núcleo fundador da UBS B e uma residente de MFC do núcleo fundador da UBS A. A vaga do residente de MFC do núcleo contemporâneo da UBS B encontrava-se não preenchida, portanto não havia quem entrevistar. Uma peculiaridade do grupo que compõe o núcleo contemporâneo é a presença uma residente de enfermagem da residência multiprofissional em saúde da família. Esta residência não existia em 2014.

No que se refere ao perfil de formação, a maior parte dos sujeitos do núcleo fundador acusa formações específicas em APS para além da graduação:

“Eu sou médica de família e comunidade (...) eu me formei na Federal de Santa Catarina. Aí eu vim pra São Paulo, trabalhar já na saúde da família. Fiz especialização na Saúde da Família pela UNA-SUS / UNIFESP. Depois eu fiz o mestrado em Saúde Coletiva na UNIFESP. E fiz a prova de título em 2015. Título de Especialista de Medicina de Família e Comunidade.” (Médica do núcleo fundador da UBS A)

“(...) então eu tava em dúvida se eu ia fazer MFC ou clínica e acabei ficando um ano trabalhando e depois prestei MFC de novo. Na verdade, eu tinha passado, aí eu não fiz e depois prestei de novo e falei: Gente! Só falta não

passar, né? Mas aí deu certo! Aí eu fui, fiz residência na UNICAMP” (Medica do núcleo fundador da UBS B)

“(…) quando eu prestei o concurso, eu vi que era pra atenção primária, mas eu não tinha noção de como era. Não sabia como era ser enfermeira de saúde da família eu só tinha conhecimento de hospitalar. E eu fui aprendendo aos poucos e estudando, porque aí eu fui fazer também a especialização pelo UNASUS, que aí foi dar uma clareada no que eu podia fazer e qual era o meu papel dentro da equipe, da Unidade.” (Enfermeira do núcleo fundador da UBS A)

“(…) durante esse período todo eu já fiz Graduação na Saúde Pública, especialização em Saúde da Família, docência, fisiologia e acho que só. Fiz uns cursinhos de extensão aí pra preceptoria. E é isso.” (Enfermeira do núcleo fundador da UBS B)

“Fiz residência, (…) na realidade, sai da faculdade, (…) fui trabalhar no PSF e aí vi que gostava de fazer aquilo e aí a (coordenadora do PRM-MFC-CBC) apareceu na minha vida… falando que São Bernardo ia abrir uma residência e aí eu não pensava, nem tinha me programado pra fazer residência (…) Aí, prestei, passei, fiz a residência, terminei.” (Medica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B)

O perfil de formação do núcleo contemporâneo é semelhante:

“(…) eu sou enfermeiro de formação. Me formei no município de Lorena, no Vale do Paraíba, interior de São Paulo, próximo de Aparecida no ano de 2009. (…) cheguei a fazer especialização em docência, especialização em saúde da família e terminei, em 2016, o mestrado profissional em atenção primária a saúde, pela escola de enfermagem da USP.” (Gestor no núcleo contemporâneo da UBS A)

“Tenho 38 anos. De formação eu sou fisioterapeuta. Eu formei na PUC Minas, em Poços de Caldas, em 2003. Aí saí de lá e fui, trabalhei quase 2 anos numa clínica de ortopedia e aí eu fiz a prova pra residência em saúde da família lá no Santa Marcelina. Aí passei e fiz a residência, que é a residência que hoje chama residência multi, lá era só residência em saúde da família. Inclusive na época a residência da medicina era junto, tinha acho que uns 3 ou 4 médicos que faziam com a gente a residência.” (Gestor no núcleo contemporâneo da UBS B)

“Eu me formei em medicina na Faculdade de Medicina da USP e logo em seguida eu já prestei residência e fiz a residência de medicina de família e comunidade em São Bernardo, pela Prefeitura de São Bernardo. Me formei… terminei a residência em fevereiro de 2017 e já comecei março como preceptor da mesma residência.” (Médico no núcleo contemporâneo da UBS A)

“(…) tenho 26 anos eu sou atualmente R2 da equipe (fundadora da UBS A) do Programa de Residência de Medicina de Família de São Bernardo do Campo. Então, de onde é que eu vim? Então, eu me formei na Bahia, na Universidade Federal da Bahia, como eu formei no meio do ano de 2016, eu ainda tive um tempo para trabalhar antes na residência e optei em trabalhar na emergência, porque como eu já queria trabalhar na medicina de família, eu quis ter outras experiências. Eu trabalhei bem pouco na emergência, porque eu odiei. (…) E foi isso assim, de experiência profissional. Aí depois eu fiz as provas de residências e vim, decidi vir pra São Bernardo.” (Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A)

“Tenho 25 anos. Eu sou enfermeira, formada na UNIFESP, em 2016. (...) sou residente de enfermagem na UBS A, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.” (Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A)

Apenas dois sujeitos não mencionaram suas formações complementares no campo da APS, o gestor do núcleo fundador da UBS A e a médica do núcleo contemporâneo da UBS B. A formação específica, convém assinalar, é importante, uma vez que representa maior qualificação por parte dos profissionais para atuar neste cenário.

Outra característica significativa do grupo entrevistado é a passagem pelo movimento estudantil, citada por quatro entrevistados:

“(...) desde a época do movimento estudantil eu já estava bastante envolvida na discussão sobre o direito à saúde, sobre a construção do sistema único de saúde, eu só trabalhei no SUS, até hoje” (Médica do núcleo fundador da UBS A)

“Me formei na UNIFESP. Sempre fui envolvida com movimento estudantil, que acho que possibilitou a minha entrada na medicina de família, porque se fosse pela Faculdade eu não teria nada.” (Médica do núcleo fundador da UBS B)

“Sou psicólogo de formação, me formei em 2003, já na Universidade eu comecei uma relação com o movimento estudantil de área, onde eu inclusive conheci o pessoal da DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) e assim por diante, fui representante pelo movimento nacional estudantil da psicologia e era representante na FENEX (Fórum nacional de executivas). Não sei se a FENEX existe ainda.” (Gestor do núcleo fundador da UBS A)

“Diante da minha experiência Universitária, eu tive a chance de conhecer e participar do movimento estudantil e, através disso, fui incluído no debate do que é saúde, pra quem fazer saúde e o SUS surgiu nesse contexto. Então, de entender que a saúde que eu queria fazer era uma saúde coletiva, de acesso universal.” (Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A)

Além do movimento estudantil, outras duas entrevistadas destacaram suas vivências universitárias em ligas acadêmicas, projetos de extensão e iniciação científica:

“Eu entrei na UNIFESP, eu participei de vários projetos de extensão, que envolviam tanto a atenção primária, ligas acadêmicas que trabalhavam com crianças, com pessoas de situação de rua, enfim. (...) E aí, eu acho que foi o que acabou me levando (para onde estou) hoje, na atenção primária.” (Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A)

“(...) E no segundo ano comecei a participar da liga da saúde da família, (...) depois comecei a participar do Congresso, entrar em contato com outros acadêmicos e aí a gente começou a pensar numa possibilidade de formar

uma Associação da liga da saúde da família e aí foi. Aí eu comecei a ver que era isso que eu queria pra minha vida e tal. Tanto que depois, durante a própria faculdade, eu quis fazer uma Iniciação Científica, que fosse voltada pra atenção primária e (isso) aí me possibilitou entrar em contato com muitas mais pessoas (...). Aí eu fiz uma Iniciação Científica pela FAPESP (...), pra entender os problemas, como os profissionais da atenção primária lidavam com os problemas sociais da população.” (Médica no núcleo contemporâneo da UBS B)

A experiência prévia destes sujeitos em processos de mudança, bem como o compromisso manifesto de alguns com a defesa do SUS, se trata de característica sui generis deste grupo, o que pode ter contribuído para com o seu engajamento na formulação e perpetuação do AE.

Questionados quanto à sua relação com o campo, a maioria dos entrevistados do núcleo fundador relata estar no município desde antes do ano de 2014, ano de implantação do AE:

“Em seguida eu fui convidado pra ser gestor em São Bernardo em 2009 (...) eu era o assistente de gestão da atenção básica.” (Gestor do núcleo fundador da UBS A)

“Aí depois que eu vim pra cá, pra São Bernardo, em 2013 (...) eu tinha prestado o processo seletivo aqui em São Bernardo, aí acho que tinha quase dois anos, que já ia vencer já. Aí eles me chamaram (...) eu entrei em julho de 2013” (Enfermeira do núcleo fundador da UBS A)

“Me formei em...há 19 anos, tá? Há 18 estou aqui na Prefeitura de São Bernardo do Campo. Sai da faculdade e fui fazer psiquiatria, que era o sonho da minha vida, fiquei 6 meses no hospital psiquiátrico, quase fiquei louca...Vi que não dava certo, que não tinha política de saúde nenhuma na época. Tive a oportunidade de fazer o concurso aqui, passei e entrei pra trabalhar em PACS, O Programa de Agentes Comunitários de São Bernardo. Fui a pioneira do PACS” (Enfermeira do núcleo fundador da UBS B)

“Ah! Então, eu terminei a residência e aí voltei pra SP, porque eu fiz em Campinas, então voltei pra SP (...) (cheguei em São Bernardo em) 2013 (...) final do ano a (coordenadora do PRM-MFC-SBC) me ligou, falando que iam começar residência de MFC em São Bernardo e se eu topava entrar e ficar com residente (...)” (Médica do núcleo fundador da UBS B)

“(...) (sou) médica de família há 5 anos (...). Fiz residência, comecei a fazer na realidade, sai da faculdade, fui fazer, fui trabalhar no PSF (em São Bernardo) e aí vi que gostava de fazer aquilo (...)” (Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B)

Apenas uma das entrevistadas deste núcleo relata chegada ao município em 2014, para fins de agregar-se ao conjunto de preceptores do nascente programa de residência de medicina de família e comunidade:

“(...) aí a (coordenadora do PRM-MFC-SBC), que foi desde aquele momento chamada para coordenar o nascente programa de residência em medicina de família e comunidade no município de São Bernardo, me chamou para ir pra

São Bernardo fazer isso: ser médica lá e ser preceptora. Então esse foi o convite, foi por isso eu fui pra São Bernardo. Eu fui com essa missão de compor o primeiro time de preceptores da residência, da qual eu tenho muito orgulho, porque é muito legal o processo (...)" (Médica do núcleo fundador da UBS A)

Quanto ao núcleo contemporâneo, três sujeitos associam sua ida para o município aos programas de residência de medicina de família e comunidade e residência multiprofissional em saúde da família. São eles: O médico do núcleo contemporâneo da UBS A, médico residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A e a enfermeira Residente em saúde da família do núcleo contemporâneo da UBS A. Os demais relatam jornadas diversas, descritas abaixo:

"Aí depois me formei, fui trabalhar em Diadema e depois fui pra São Bernardo (...) Eu cheguei no ano passado (2017) na (UBS B), já tava em São Bernardo já fazia uns 3 anos eu acho mais ou menos. Já tinha passado por outras 2 UBSs. Uma tinha residência e a outra tinha internato. Eu fui me aproximando cada vez mais com o ambiente de trabalhar com a residência mesmo." (Médica no núcleo contemporâneo da UBS B)

"Me formei no município de Lorena, no Vale do Paraíba, interior de São Paulo, próximo de Aparecida no ano de 2009. Depois da minha formação eu prestei o processo seletivo pra enfermeiro da estratégia da saúde da família de São Bernardo do Campo no meu último ano da faculdade, onde eu vim pra São Bernardo. Então, no dia 4 de janeiro de 2010 eu cheguei em São Bernardo do Campo. Logo recém-formado." Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A

"Aí fiquei lá até 2007, na residência do Santa Marcelina e assim que eu sai eu fui trabalhar numa equipe de reabilitação no próprio Santa Marcelina na atenção básica. Não era o NASF ainda porque ainda não existia. Mas a configuração era muita semelhante e fazia um trabalho parecido. Aí só em 2008, que vira NASF, aí eu fiquei lá 2007 até 2010. Aí eu fui pra São Bernardo como apoiador e aí fiquei como apoiador do território 9, que é a região lá do Riacho. Em janeiro de 2015, eu virei o gerente lá da UBS (cita outra UBS do município), que até janeiro desse ano, praticamente, que eu assumi (a UBS B) (...)." Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B

Quando questionados quanto ao papel do SUS em suas vidas, alguns entrevistados destacam identificar-se com os princípios do mesmo ou ter compromisso com a sua defesa e construção:

"(...) desde a época do movimento estudantil eu já estava bastante envolvida na discussão sobre o direito à saúde, sobre a construção do sistema único de saúde, eu só trabalhei no SUS, até hoje e pretendo continuar trabalhando até o quanto for possível (...) é uma escolha (...) de colocar minha força de trabalho à disposição de um sistema que não visa ao lucro na saúde né, mas que visa o cuidado e o direito à saúde e também essa motivação de formar médicos de família, que é o processo da residência, essa motivação de formar médicos qualificados para também trabalhar no SUS, essa é a minha motivação. Agora, a gente não sabe como vai ser a vida né? É muito difícil

trabalhar no SUS, não tem plano de carreira né? As coisas são bastante dinâmicas do ponto de vista das políticas, ainda que seja uma política de Estado, depende bastante dos municípios, então às vezes a gente acaba circulando entre diferentes municípios, mas minha relação com o SUS é uma relação não só de trabalho, mas de compromisso político, de compromisso ético com a vida das pessoas (...)" Médica do núcleo fundador da UBS A

"Não. Realmente (o SUS) não foi o 'que aconteceu'. Uma das possibilidades na faculdade, um dos objetivos era primeiro psiquiatria, adoraria trabalhar, não consegui. A segunda opção seria realmente saúde pública, digamos assim. Eu me identifiquei bastante durante a graduação (...) e tive a oportunidade de vir e amei. Me apaixonei, tanto que estou me especializando cada vez mais (...) então, realmente, aconteceu de aparecer o concurso, mas já era uma das opções mesmo vir para Saúde Pública." Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

"(...) o contato que eu tive com o SUS foi desde cedo. Apesar dos meus pais trabalharem, foi sempre o principal acesso à saúde que a gente teve. Minha mãe, quando teve o emprego de professora da rede estadual, acabou tendo também o convênio do IAMSPE, que também utiliza a rede SUS, a rede pública pra funcionar, enfim. Esse convênio com o IAMSPE também utilizei ao longo da vida, mas desde muito cedo eu já entendia que o SUS era, ou pelo menos a proposta de SUS era, uma proposta de um sistema de saúde que racionalizasse os serviços de saúde para melhorar a vida, melhorar as condições de saúde da população. (...) essa ideia se fortaleceu bastante durante o tempo de faculdade. Principalmente, quando eu comecei a entender que há algumas limitações do sistema único de saúde que não era(m) necessariamente inerente(s) ao sistema, mas também de certa forma produzidas para serem dessa forma. Então, algumas dificuldades do SUS sendo produzidas pra justificar uma série de outras ações, uma série de outras políticas. Então, desde a época da faculdade eu tenho discutido bastante o funcionamento do sistema de saúde brasileiro e suas diversas facetas." Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

"(A história do SUS em minha vida). É uma história bonita, eu acho (risos). A minha primeira aula na faculdade foi de saúde coletiva. E aí eu tinha uma professora muito, muito boa, que contou a história do SUS e aí eu fiquei encantada e falei: "É isso que eu quero!". Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

"Nunca tive muita perspectiva da saúde privada. Então, o SUS foi de fato uma opção e continua sendo, assim, a minha pretensão de atuação profissional, pra futuro." Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A

No que se refere à aproximação dos sujeitos com o tema do acesso, alguns destacam vivências acadêmicas ou estudantis anteriores à implantação do AE:

"Eu sempre gostei muito dá ideia do acolhimento (...). Então, eu acabei fazendo o TCC, a pesquisa Quali, mas identifiquei algumas questões, problematizei isso pra equipe, mas era uma questão meio: 'Aí. Isso é difícil, porque não dá pra mudar, porque enfim...' aí, enfim. Mas é uma coisa que sempre tive interesse. Mesmo em São Paulo, quando eu trabalhava antes de fazer a residência (...)" Médica do núcleo fundador da UBS B

"Nunca tinha escutado falar sobre acesso. (...) durante a faculdade os meus professores da saúde coletiva eram médicos de família e foi bem bacana,

mas era o modelo dentro da cidade que eu tava, (...) antigo modelo da UBS, né? Então, imagina, o que se falava de acesso era agenda programática, todas aquelas coisas.” Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B

“Eu tive (contato com o tema do acesso) dentro deste contexto de movimento estudantil, de já querer fazer medicina de família. A gente lá na faculdade até criou uma liga de atenção primária que era uma galera que queria fazer isso e queria se aprofundar. (...) E, se não me engano, na Liga, teve um momento em que a gente discutiu essa questão do acesso e das possibilidades, mas nunca tinha sido nada tão aprofundando, (...). Então, eu tinha uma ideia dessa coisa (...). Eu sabia do acolhimento enquanto estratégia da atenção primária e enquanto uma postura, mas não da forma como se concretizou aqui em São Bernardo. E aí já tinha ouvido falar em acesso avançado e de agenda tradicional. Aí esses eram os dois modelos de acesso que eu conhecia (...).” Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A

Um dos entrevistados, ao relatar sua ausência de contato acadêmico com o tema, resgata sua vivência pessoal a respeito do acesso no SUS:

“Do ponto de vista acadêmico, em relação ao acesso não. (...). Durante a graduação eu debatia bastante a questão da dupla porta, que também é um debate sobre acesso (...). Nesse sentido, estudei acesso nesse escopo dessas perversões, que seria essa dupla porta e etc., mas modelos específicos não. Isso eu fui conhecer melhor na residência mesmo. Enquanto usuário eu tive uma percepção bastante ruim. Bom, aqui em São Paulo, depois não tinha mais acesso ao IAMSPE e quando eu dependia do SUS, via o acesso natural de uma pessoa, quase nunca consegui. Ou me frustrava muito ou era difícil o suficiente de me fazer desistir ou, então, me levava a situações bastante humilhantes (...)” Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

Alguns sujeitos destacam vivências profissionais anteriores com modelos diferentes, positivos ou negativos, alguns dos quais influenciaram a concepção do AE:

“Então, Diadema (município em que a entrevistada trabalhou anteriormente) foi uma coisa muito louca, né? (...) .nessa experiência que a gente teve, enquanto médicas que se identificavam com a medicina de família, com atenção primária, com o SUS (...) essa oportunidade de discutir os processos, a gente tinha muito apoio da gestão também pra pensar essas coisas e tentar implementar algumas mudanças (...) Mas a gente basicamente .desenvolveu um dispositivo de acesso da população, que era a mesma hora todos os dias (...) quem chegasse podia passar aquele dia, acho que a gente chegou a fazer por limite de senhas, tinha época que não tinha, mas enfim, rapidamente uma agenda que ficava pra sei lá quantos meses, você conseguia ter vaga para mesma semana (...)” Médica do núcleo fundador da UBS A

“Lá no Taboão (município em que a entrevistada trabalhou anteriormente) eu fazia acolhimento. Só que lá era assim, (...) todo mundo passava pelo acolhimento com o enfermeiro. E a gente não era acolhimento, era triagem. (...) só que não tinha como passar na hora, porque os médicos não tinham agenda disponível pra passar na hora. Então, todo mundo de todas as equipes passava com o enfermeiro. (...) E como a gente tinha muita restrição de fazer as coisas, então nada funcionava (...) E aí (...) um dia lembro que conversei com a (Médica do núcleo fundador da UBS A) sobre fazer

acolhimento de equipe, por equipe. Aí eu acho que ela tinha uma (experiência) em Diadema, acho que era uma vez por semana, (...) e era mais ou menos nesse estilo. E eu falei como era minha experiência lá no Taboão, aí eu falei que a gente podia melhorar e fazer lá.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

“E lá na UBS onde eu trabalhei (em São Bernardo do Campo) (...) não tínhamos acolhimento, não tínhamos um acesso que gostaríamos. Na verdade, o agendamento tinha dois formatos. Um era na verdade o acolhimento conforme as queixas e aí eram absorvidas normalmente a maior parte delas. E o outro era o acolhimento que o enfermeiro fazia pra agendamento. E, às vezes, a gente acabava absorvendo no mesmo dia, mas normalmente isso era agendado pelo enfermeiro e aí deixavam as consultas cada vez um tempo maior de espera. Às vezes, por alguns meses. E eu achava que a gente não tinha muito autonomia lá nessa UBS, não tinha muita possibilidade de discussão com os profissionais. Não tinha reuniões técnicas, por exemplo. E aí acaba ficando muito engessado nosso trabalho.” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

“Quando eu fui pra atenção básica, trabalhar na atenção básica, que eu me empoderei um pouco mais nessas discussões, porque na verdade, a gente discutia com o município. E a gente acabou por entender um pouco mais esse arcabouço teórico do acesso, ainda de uma maneira um pouco sucinta (...). Começou a entrar na discussão de escuta qualificada, de fazer triagem biológica, classificação de risco por cor, começou nessa questão dessa classificação, da escuta qualificada ser feita por outros profissionais e não só pela enfermagem. Então, minha experiência com acesso foi muito isso. De estudar a demanda espontânea, de entender a característica daquele território, de pessoas que estão vindo passar no acolhimento, que a partir daí você pode pensar em algumas intervenções” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A

“Eu acho assim: o meu contato com o acesso de ir atrás, de ler um pouco e tentar discutir com as equipes, ainda começou lá no apoio. Uma coisa bem no sentido de fazer um diagnóstico do que tentar estratégias.” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B

Assim observa-se que ambos os núcleos de sujeitos incorporam variadas vivências de formação, de utilização do sistema de saúde, de militância e de espaços de atuação profissional, que vão desde o atendimento “na ponta” até experiências de gestão local e central em diversos municípios. O apêndice A traz uma organização das falas citadas neste capítulo, de modo que seja possível identificar o perfil e experiências de cada um dos entrevistados de maneira esquemática.

O perfil dos sujeitos apresentado nesta seção permite compreender o lugar de fala de cada um, bem como as implicações das suas trajetórias pessoais no caso em estudo. As falas destes sujeitos serão, nos capítulos que seguem, organizadas de modo que seja possível construir uma narrativa coletiva acerca da história da implantação do AE no município de São Bernardo do Campo, bem como capturar sua percepção quanto às repercussões do dispositivo nos serviços que compõem o campo deste trabalho.

5.2 O Trabalhador como sujeito

Neste capítulo pretende-se abordar a construção histórica do AE e o papel dos diversos atores em sua concepção, disputa e implantação. Como exposto anteriormente neste estudo, o trabalho das ciências sociais é o histórico, estando “o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído.” (MINAYO, 1994, p. 13). Assim, a autora compreende que este objeto de estudo possui “consciência histórica” e que o seu sentido advém das intencionalidades e contextos dos sujeitos e grupos de sujeitos que a ele se conectam. Procede-se, portanto, nas seções que se seguem, a exposição e discussão destes contextos e intencionalidades, apreendidos ao longo das entrevistas.

5.2.1 Os serviços, o território e o acesso antes do AE

Os serviços que compõe o campo deste estudo (UBS A e B) estão situados na região dos Alvarenga, um dos primeiros bairros São Bernardo do Campo. No Registro de Terras de 1854-1856, o Alvarenga já constava entre os sítios mais numerosos (MEDICI, 2012, p. 13). Originariamente considerado um bairro rural, a região do Alvarenga é hoje um dos vinte e quatro bairros urbanos de São Bernardo do Campo, fazendo divisa próxima com os dez bairros rurais, o que ajuda a caracterizar seu território como rururbano (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2018, p. 9; TARGA; JONES, *et al.*, 2014, p. 203). Concentrando 8,22% da população do município, a região era a segunda mais populosa em 2010 (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2018, p. 11) e em conjunto com Montanhão, Bairro dos Casa e Ferrazópolis, responsável pela maior concentração de população jovem da cidade (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2018, p. 22).

Em 2010 a Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo realizou um processo de territorialização que dividiu o município em nove núcleos territoriais. As duas UBS do campo estão situadas no território 7 (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2012, p. 3)

A UBS A fica situada em um bairro com população estimada em 32.764 pessoas (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017, p. 3) É cortada pela “Estrada dos Alvarengas”, que tem importante papel na comunicação dos moradores das áreas mais distantes com os equipamentos de saúde do território.

A extensão do território enquanto barreira geográfica de acessibilidade foi percebida por uma das entrevistadas em sua chegada ao serviço:

“Tem essa coisa da equipe que eu entrei, que é a equipe mais distante (...). A (UBS A) é como se fosse uma cobrinha e a UBS tá próxima ali do pescoço e a gente tava no rabo entendeu, no chocalho, assim, entendeu? Tipo, a gente tá fora do circuito, é muito longe, é uma área praticamente rural assim, silvestre, porque é no meio da mata, uma área de ocupação irregular lá da Represa Billings. Então, a gente tinha estrada de terra, o acesso era terrível, então assim, se abrir vaga para quem chegar antes, você imagina essa população assim pra chegar antes né...” Médica do núcleo fundador da UBS A

Outra entrevistada destaca o perfil de vulnerabilidade da equipe fundadora da UBS A:

“Era bem mesclado, porque, assim, tem o (bairro da equipe fundadora da UBS A), que era super vulnerável, é ainda, mas é uma vulnerabilidade organizada, eu diria hoje. Tem o pessoal do (outro bairro da mesma equipe), que quase não acessava o SUS e agora começaram a procurar mais. Aí tem o (outro bairro da mesma equipe), que é uma área super grande, deve ter mais de 2 mil pessoas (...). O (outro bairro da mesma equipe), que também era outra área vulnerável da mesma equipe. E aí ia descendo, (cita mais dois bairros da equipe fundadora da UBS A), depois pulava uma mata pra chegar nos (outro bairro da mesma equipe. E (esse último bairro) que é enorme. Enorme! (...), mas é uma equipe que tem muitas questões sociais. Às vezes não é questão de doença física, mas é uma questão social.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

A UBS B fica situada em um bairro com população estimada em 19.861 pessoas (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2017, p.3). Bairro de formação mais recente, começou a ser loteado entre 1979 e 1981. A equipe fundadora da UBS B apresenta características semelhantes às da equipe fundadora da UBS A:

“Eu fui lá pro (bairro da UBS B), que era uma UBS na periferia de São Bernardo, perto da represa Billings. A minha área era uma área bastante vulnerável, tinha uma favela e umas áreas também bem tensas e umas famílias bem difíceis, com muita demanda. E tinha uma área mais próxima da UBS que era um pouco melhorzinha assim, melhorzinha que eu digo é, que eram pessoas um pouco mais velhinhas, tinham pessoas mais compensadas, que tinham mais cuidado com o autocuidado, então, tinham acesso a convênio, mas isso era minoria dá área. Porque a maioria era mais os dependentes e enfim. E aí comecei a trabalhar na área, tinha seis meses que a médica tinha se aposentado e tava seis meses sem médico. E aí quando eu cheguei, eu falei assim: ‘Almas poderosas, eu vou embora’, porque...(risos)” Médica do núcleo fundador da UBS B

Os equipamentos de saúde mais próximos de ambas as UBS são uma Unidade de Pronto Atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial e um Centro de Especialidades Odontológicas.

Em 2014, ano de implantação do AE, os atores recém-chegados aos serviços e os que já estavam lá há mais tempo se deparavam com um contexto de organização da demanda bastante distinto do atual, o que ajudou a motivar o processo de mudança. Nas palavras dos entrevistados:

“É, quando eu entrei (em 2013) já tinha aberta essa agenda, então, que eu lembro, tinha aberto acho que em julho, aí já tinha acabado, até dezembro. Porque era agendado tudo na recepção. E aí não tinha um planejamento da agenda.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

“(…) então, tinha um agendamento na recepção, e, além disso, tinha outro filtro que, em geral, eles davam preferência para quem tinha o papelzinho, ou seja, o que era o tal do papelzinho? Geralmente, quando você passava nas linhas de cuidados, no cuidado programático: hipertenso, diabético, pré-natal, pueri, você saía com um papelzinho lá que falava: ‘ah... tem que retornar daqui em um mês’, não importava se não tinha vaga (...), mas o paciente tinha o papelzinho, mas aí quando abria a agenda para daqui 3 meses, você marcava para dali 6 e era assim que acontecia.” Médica do núcleo fundador da UBS A

“(…) você abria no primeiro dia do mês, agenda pro mês seguinte. Então, chegava às 7 da manhã, era 3 horas da manhã já tinha gente na fila. Já tinha uma fila imensa às 7 horas da manhã e sempre as mesmas pessoas passando (...). E abria UBS às 7h da manhã, e as 8 e meia já tinha acabado as vagas sabe?” Médica do núcleo fundador da UBS B

Para compreender a jornada do usuário dentro do serviço antes do AE, pode-se recorrer ao fluxograma do documento norteador de 2014 (FIGURA 2), já apresentando anteriormente. Como mencionado na introdução deste trabalho, o usuário que desejava atendimento deveria se dirigir à UBS e ser acolhido por um profissional qualquer que o documento não delimita. Na realidade dos serviços, este primeiro profissional que acolhe costumavam ser os recepcionistas. Se este usuário já possuía agendamento prévio ou demandava atendimento em setores como a sala de vacinas, curativos, farmácia, etc. deveriam ser direcionados ao setor. Em caso contrário deveriam ser direcionados a outro profissional responsável pelo “acolhimento” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 18)

A este profissional responsável pelo acolhimento (geralmente um enfermeiro ou técnico de enfermagem), cabia identificar se a queixa era aguda ou não. Se a queixa fosse considerada aguda, o usuário seria direcionado para atendimento no dia. Estava previsto no documento norteador uma vaga por hora para este tipo de demanda na agenda dos médicos e enfermeiros. Observa-se, portanto, que o documento norteador sugeria um modelo *carve-out*, com 25 a 30% das vagas

reservadas para atendimento da demanda do dia no mesmo dia (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2000, p. 46).

Em caso de queixa crônica ou “não aguda” o usuário deveria ter a escuta qualificada de seu problema realizada pelo profissional do acolhimento e posteriormente ser direcionado para agendamento na recepção (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 18).

O documento norteador não orientava o manejo dos usuários que excedessem o limite de uma vaga por hora na agenda dos profissionais, limitando-se a instruir que “Os casos de urgência e emergência devem ter o atendimento garantido” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2014, p. 20). Os entrevistados observavam também alguns limites neste processo, como por exemplo a possibilidade perversão da reserva de vagas para as consultas do dia. Na UBS A, por exemplo esta vaga excedente era chamada de “não obrigatório” e com frequência era utilizada para outros fins:

“Às vezes, ficava, sei lá...de março entendeu? (...) por exemplo, eu cheguei em janeiro e já tava marcado o não obrigatório de março”. Médica do núcleo fundador da UBS A

Murray e Tantau (2000, p. 46) destacam em relação ao modelo *carve-out*, algumas críticas que também foram observadas pelos entrevistados em relação ao modelo pré-AE. Uma delas é a baixa capacidade de lidar com problemas considerados não urgentes que se apresentam como demanda do dia

“Olha, antes do acolhimento por equipe tinha o acolhimento geral da UBS, mas se fosse uma queixa crônica a pessoa era orientada pra vir marcar consulta (...). E aí nas faltas, elas colocavam alguém com demanda do dia. Então, se não faltasse ninguém elas colocavam só coisas mais urgentes. Então, um diabético com dextro super alto, um hipertenso com a PA alta, ou uma pessoa com uma dor precordial, ou então uma criança com febre não conseguia passar, se não tivesse nenhuma falta”. Médica do núcleo fundador da UBS B

Outra crítica é quanto à tendência de saturação pela recorrente postergação de demandas para o futuro, o que acaba por comprometer a longitudinalidade do cuidado das pessoas. A entrevistada abaixo comenta como era sua rotina antes de ingressar na residência, quando era médica de outro serviço do município que operava na mesma lógica:

“(...) o que me angustiava naquela época era que eu tinha uma agenda, eu era médica 40h, a agenda abria uma vez, na realidade, tinha os períodos, mas assim, ela abria pro ano todo e tinha as histórias das filas, as pessoas

chegavam muito cedo na unidade, formava aquelas filas enormes tanto para agendar consulta (...). Então, assim, a pessoa passava com você e eu entendia a angústia dele, você também ficava angustiada, porque era aquele momento que ela tinha pra passar e depois nem eu e nem ela sabia quando ela poderia passar.” Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B

É importante destacar aqui uma diferença entre o comportamento dos serviços em relação aos agendamentos. A UBS A, tal qual a UBS mencionada pela entrevistada acima, abria vagas para o ano inteiro. Esta era a orientação oficial da gestão municipal. Outros serviços, entretanto, como a UBS B, operavam em outra lógica, abrindo as agendas uma vez por mês e fechando-as quando as vagas eram preenchidas até o mês seguinte. Esta prática, que tinha por objetivo impedir que as vagas ficassem para muito longe, tinha, por sua vez, alguns problemas:

“Tinha agenda mensal, não podia abrir mais que um mês. Então, a gente tentava fazer aquilo, segurava algumas vagas com os enfermeiros das equipes, a gente tinha essa preocupação. Algum caso mais grave já encaminhava para o enfermeiro e o enfermeiro já acolhia e já colocava naquela vaga pro médico dele. Então, a gente já fazia isso. Só que a gente viu que não dava muito certo, porque eu não conheço o (nome da área de abrangência da UBS B) inteiro. Eu tenho mais acesso, realmente, à minha equipe. Com essa ideia do acolhimento, tirou essa angústia, porque são pacientes que eu já conhecia, muitos deles que me conheciam por nome. Eu nem sabia quem eram os meus, porque eu atendia todos, nem sabia quem era meu e quem não era. Então, a gente conseguiu fazer essa triagem um pouco melhor.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

A fala acima explicita outra questão trazida por MURRAY e TANTAU (2000, p. 1): “Boas coisas acontecem quando o médico vê seus próprios pacientes”. No caso do modelo antigo, não era garantida uma continuidade com a equipe de referência, o que prejudicava o trabalho, na visão da entrevistada. Esta questão é também abordada na fala que segue, por outra entrevistada:

“No começo, quando entrei lá, não era nem pela equipe, elas encaminhavam pra quem tava mais tranquilo a agenda. Encaminhavam só em falta, então (...) “O seu paciente agora faltou”, (...). E aí nas faltas, elas colocavam alguém com demanda do dia.” Médica do núcleo fundador da UBS B

Frente a este cenário, começaram a se desenrolar as articulações iniciais para construção de um novo dispositivo de acesso que veio a ser o AE, processo este que será alvo de discussão na próxima seção deste capítulo. Alguns entrevistados destacam que antes de vir para São Bernardo do Campo já existia uma leitura da gestão central, especialmente a vinculada ao programa de residência médica em MFC, que o modelo em vigor era insuficiente e indesejável enquanto cenário de ensino para a formação de especialistas. Nas palavras de uma entrevistada:

“(...) aí quando eu fui para São Bernardo, me veio uma encomenda mais ou menos assim: Olha só, você está sendo chamada para você ser médica de família numa equipe, numa área extremamente vulnerável. O território 7 foi eleito como o território para ser feita a residência, porque é um território que tem muitos indicadores de vulnerabilidade, mortalidade infantil, é a área mais pobre e ferrada do município, é um território onde o município investiu mais em aparelhos de saúde, então tem o CAPS do lado, tem a UPA, tem a UBS que tá recém reformada (...) e a gente vai ter essa residência porque a linha agora é a gente tentar qualificar essas pessoas que tão na rede, e tal, e a gente acha que a residência é esse processo, e a gente foi chamada pra isso (risos). (...) aí eu cheguei, fui recebida pelo (Gestor do núcleo fundador da UBS A) (...). Aí eu falei: Bom, como é que vai ser, né? (...) Ele chegou e falou assim: Olha, você tem uma agenda aqui, essa agenda da antiga médica, até o dia 16 de março e aí dia 17 é vida nova, aí tem que pensar em outra coisa mesmo. (...) aí já tava mais ou menos costurado que a gente ia tentar fazer um negócio diferenciado, entendeu? Eu acho que deve ter sido uma conversa com a (coordenadora do programa de residência em MFC) mesmo, que fez essa encomenda”. Médica do núcleo fundador da UBS A

Esta fala indica um certo papel indutor de mudança desempenhado por parte do nascente programa de residência médica em MFC, visto que, na oportunidade de reorganizar as agendas para acolher os novos residentes na rotina dos serviços, propôs-se mudar a dinâmica de acesso dos mesmos e, assim, atuar também no sentido de equacionar algumas distorções.

5.2.2 Articulações, resistências e os primeiros dias do AE

“Tá. É...eu tô lembrando. Eu acho que rolou o seguinte (...)” Médica do núcleo fundador da UBS A

No que se refere às articulações iniciais para a definição do desenho do AE, o processo parece ter se iniciado primeiramente na UBS A, pouco antes do que se desenrolou na UBS B, que teria acontecido à espelho da experiência do primeiro serviço, com poucas semanas de diferença. Estes “tempos” podem ser observados na fala abaixo:

“Aí, como a (Médica do núcleo fundador da UBS A) tinha mudado a parada dela lá no (bairro da UBS A), tinha introduzido o acolhimento por equipe, aí eu conversei com ela, vi como tava sendo estruturado lá, e aí eu tentei adaptar um pouco pra realidade do (bairro da UBS B) (...)” Médica do núcleo fundador da UBS B

As primeiras conversas dentro da UBS A parecem ter se desenrolado entre a médica e a enfermeira da equipe, sendo posteriormente levadas para os demais membros. Destes primeiros momentos, a médica do núcleo fundador da UBS A lembra de uma preocupação inicial por parte da enfermeira:

“(...) quando eu cheguei pra gente conversar sobre isso, tinha esse receio por parte da enfermeira por falar assim: bom de que adianta botar a gente lá pra

escutar se a gente não vai conseguir ter as vagas, a gente não vai conseguir gerir essa agenda, se eu tenho que agendar não sei quando, se eu tenho que fazer não sei o que, se a escala é assim ou assado. Então, eu falei, 'não, vai dar certo, porque (...) a gente vai imprimir uma agenda, ela vai ficar na nossa mão e se alguém precisar vai falar com a gente, a gente tá aqui todos os dias, o dia inteiro, e a gente vai fazer o processo de tentar gerir isso aí". Médica do núcleo fundador da UBS A.

A Enfermeira do núcleo fundador da UBS A, destaca então o processo de compartilhamento das experiências pregressas de ambas e alinhamento da nova proposta:

"Um dia lembro que conversei com a (Médica do núcleo fundador da UBS A) sobre fazer acolhimento de equipe, por equipe. Aí eu acho que ela tinha uma experiência em Diadema, acho que era, que era uma vez por semana, que era feito e era mais ou menos nesse estilo. E eu falei como era minha experiência lá no Taboão, aí eu falei que a gente podia melhorar e fazer lá." Enfermeira do núcleo fundador da UBS A.

A mesma entrevistada narra também o processo de pactuação intra-equipe:

"E a gente conversou com a equipe também, porque não era só nós duas, tinham os técnicos, tinha os agentes, principalmente, porque eles queriam a solução (...) porque hoje é falar o que? Ah! Vai lá no acolhimento por equipe. Naquela época não tinha agenda, e aí? Fazia o quê? Volta em janeiro de 2015?" Enfermeira do núcleo fundador da UBS A.

No que se refere a receptividade da equipe, os Agentes Comunitários de Saúde são apontados como aliados de primeira hora:

"É... e os ACS toparam na hora. Os ACS não teve nenhuma resistência." Médica do núcleo fundador da UBS A.

Na UBS B o processo se deu de maneira semelhante:

"Aí a gente começou a sentar e ver o que ia acontecer, como ia ser o fluxo, sentamos com a gerência, (...) pra ver se era possível que a gente tivesse o controle da agenda, com uma marcação que acontecesse com a gente no acolhimento. Aí o (gestor) topou, óbvio, não tinha o que ele não topar. Enfim, aí depois a gente teve que fazer uma reunião, a gente fez uma reunião com o resto da equipe, uma reunião com a equipe que foi basicamente só sobre acolhimento que aí a gente explicou qual era nossa ideia, explicou como ia funcionar, como ia ser o fluxo. E a gente falou um pouquinho dos benefícios, dos problemas que a gente achava que ia ter, e aí deixou o pessoal aberto pra falar o que achava assim. E aí isso foi bem recebido." Médica do núcleo fundador da UBS B

Neste momento é importante destacar que uma das prerrogativas mais importantes do AE e que o diferencia sobremaneira da diretriz do documento norteador é a gestão das agendas por parte das equipes. Este sempre foi um ponto de tensão dentro dos serviços, e também pôde ser observado nas experiências

pregressas de algumas pessoas, em outros municípios. Nas palavras de uma das entrevistadas:

“(...) no município de São Paulo que eu trabalhei (...) era uma tragédia, porque, assim, eu tinha uma população que era relativamente menos vulnerável, (...) mas o que importa é que eu tinha um absenteísmo de mais de 50% (...) e eu era cobrada no final do mês pelos números...’mas como assim você não está batendo meta de produção? (...)”, mas gente, as pessoas não vêm entendeu? Porque o fluxo era: o paciente chegava na recepção, era a recepcionista mau humorada que tava olhando o facebook (...) que ficava falando que ‘não tem vaga’, ‘não tem vaga’ ou (...) abria a agenda e de repente você tinha um vaga para daqui 3, 4 meses, e aí em 3, 4 meses, o problema que a pessoa tinha hoje ou já passou, ou ela procurou outro lugar, ou já deu errado (...), ou esqueceu, o que também acontece bastante, e (...) eu já cheguei até fazer uma proposta. Falei ó: Eu quero aumentar minha produção, então vamos fazer o seguinte? Todo mundo, da minha equipe, que chegar na unidade, eu atendo, pode ser? Aí (...) a gerente disse assim: escreve, escreve isso aí que eu tenho que mandar para supervisão da UBS. Ai ta bom, eu escrevi, até coloquei algumas referências bibliográficas assim (...), aí uma hora eu perguntei: e aquela proposta né? Como foi recebida? Aí ela falou: Ah! Então, preciso te falar. A supervisora, ela leu, achou legal você ter feito uma proposta e tal, mas eles acham que é muito poder o médico ter a gestão sob a sua própria agenda’ (risos) aí eu falei ‘ah! Tá bom’. Médica do núcleo fundador da UBS A.

No município de São Bernardo, nos anos pré-AE, esse comportamento em relação à gestão das agendas também podia ser observado, como se verifica na fala abaixo:

“E aí rolava uma briga com a gerência, porque eu queria ter mais controle da minha agenda e era um pouco difícil, porque as pessoas acham que eu vou ficar coçando nesse momento e não, eu só queria ter uns horários pra atender os pacientes que as meninas me trouxessem, as ACSs. E com o tempo fui conseguindo um pouquinho mais de controle da minha agenda, mas demorou.” Médica do núcleo fundador da UBS B

Esta postura em relação ao controle das agendas evidencia um alijamento do trabalhador que produz o cuidado dos processos de gestão, bem como uma burocratização da comunicação e verticalização das decisões no ambiente de trabalho. Neste sentido, convém destacar que a participação social nos processos de gestão é uma prerrogativa constitucional do Sistema Único de Saúde e matéria de política pública específica, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS (BRASIL, 2009, p. 1-44). A gestão participativa busca incentivar e acolher participação de usuários e trabalhadores nos espaços de formulação e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Merhy e Malta (2003, p. 62) discutem as implicações das teorias clássicas sobre a organização do trabalho na saúde, destacando a separação ente as funções de planejamento e execução, prevista por Frederick Taylor. Nas palavras dos autores:

“Através de estudos pormenorizados de tempos e movimentos exercidos pelos operários para executarem as tarefas necessárias à produção, concluiu que era necessário separar o processo de planejamento da execução, transferindo o pensar para o administrador e, parcelando, fragmentando em etapas, o trabalho operário, retirando-lhe o conhecimento global do processo produtivo. Através desses princípios Taylor imprimiu ao trabalho rapidez, maior produtividade e maior extração de mais valia, resultando em alienação dos trabalhadores” (MERHY; MALTA, 2003, p. 62)

Este processo de alienação do trabalhador e alijamento do mesmo do processo produtivo global é descrito por Ricardo Antunes como "desantroporização do trabalho". Ao se tornar mero apêndice de uma máquina ou estrutura, o trabalhador se desumaniza e deixa de ser sujeito. (ANTUNES, 1999 APUD MERHY; MALTA, 2003, p. 63).

Em contraposição ao trabalho alienado e parcelar, e coadunado com a “utopia democrática” que permeia o SUS, Campos (1998) propõe um novo modelo de co-gestão de organizações de saúde, o qual chama de “anti-taylor” (CAMPOS, 1998, p. 865). Uma das proposições deste novo modelo seria a constituição de “unidades de produção” no interior das organizações de saúde. Estas unidades de produção se colocariam em alternativa aos departamentos e seções recortadas, especialmente as de cunho corporativo, para envolver todos os sujeitos implicados na produção de determinado produto ou objeto identificável. Assim, equipes multiprofissionais comporiam coletivos comprometidos e responsabilizados, incumbidos da tarefa de propor diretrizes para a implementação e monitoramento de um determinado trabalho. Para viabilizar este tipo de trabalho, se faria necessário, entre outras coisas, instituir um tipo de supervisão que transcende a supervisão fiscalizatória e normativa prevista por Taylor. Propôs-se, então, uma “supervisão matricial” que teria por função apoiar e agenciar as mudanças necessárias (CAMPOS, 1998, p. 866)

Assim, pode-se compreender que as equipes de saúde da família de ambos os serviços operaram como unidades de produção “comprometidas e responsabilizadas”, sob a supervisão matricial dos gestores locais que não se opuseram e abriram espaço para as mudanças que se sucederam. Os trabalhadores não alienados e organizados em torno deste produto ou objeto identificável (neste caso, a ampliação do acesso)

atuaram como verdadeiros “sujeitos”, “re-antroposoficando” este ato do trabalho em saúde.

Apesar da boa receptividade nas equipes e, especialmente, por parte dos ACS, houveram também resistências. A enfermeira do núcleo fundador da UBS A explicita algumas dessas resistências, ao destacar, também, o importante apoio do gestor do núcleo fundador da UBS A:

“Só que assim, o (gestor do núcleo fundador da UBS A) foi um grande amigo, porque ele bancou mesmo! Porque ninguém queria, achava que tudo ia dar errado. ‘Onde já se viu, você que vai agendar a consulta’. Só vou agendar consulta, né? E ‘Onde já se viu. Tem que ser tudo no sistema, tem que ser tudo na recepção’, enfim, várias críticas negativas, não ia dar certo, não ia dar certo. Coisas que, hoje, as pessoas fazem e reconhecem que foram contra na época e que viu que deu certo.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

Outras resistências, em ambos os serviços, são explicitadas nas falas que seguem:

“Os auxiliares de enfermagem no início também não gostaram, tá? Até hoje, alguns deles não aceitam muito, os que não participam, que não estão muito envolvidos com as equipes, realmente até hoje eles acham que é imediatismo, mas os que estão envolvidos e que acreditam que colocam a camisa, eles veem que dá bastante resultado. Então, a gente tem bastante gente trabalhando a favor e tem alguns meio contra” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

“Agora tinha uma resistência que não nos interferia no trabalho, mas que criava o clima né, que é essa coisa de que, primeiro, de repente a gente atende todo mundo que chega né, que procura a equipe, e isso gera desconfortos, porque tem a galera que trabalha pouco, que passa muito tempo tomando café, fugindo dos pacientes e se escondendo nos consultórios e tal. E, com a chegada da gente e (...) dessa nova forma de acesso (...), essas pessoas estavam de certa forma confortáveis e (...) agora de repente todo dia aqui tem 40 pessoas ali, trombosando o corredor entendeu? Fazendo barulho, fazendo sujeira, é criança chorando, não sei o que, falando alto, então, assim...a unidade é, nitidamente, subdimensionada pra quantidade de gente que ela atende, então esse é um problema desde sempre e desde quando a gente chegou (...)” Médica do núcleo fundador da UBS A

“O pessoal da recepção também, no início eles também não entendiam. Eles falavam ‘Como assim? Médico vai marcar consulta, enfermeiro vai marcar consulta. Porque que a gente não consegue fazer isso?’. Depois de um período eles se sentiram aliviados, não, é realmente é feito uma triagem e tudo. Até colocamos eles por um período no acolhimento para eles entenderem realmente o que era, que não é só marcar consulta, pra não passar essa fala pra população, que são só esses dias que marcam consulta. Então, a gente fez eles participarem do processo pra estar entendendo.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

Superadas resistências iniciais, era a hora de colocar a proposta em prática:

“E aí a gente fez um panfletinho pras ACSs entregarem e isso ficou só na nossa equipe no primeiro momento, que foi meio que um teste. E aí a gente foi explicando nos grupos também como que ia funcionar o acolhimento por equipe, e que a marcação ia ser lá e que não era só marcação, mas que as pessoas podiam levar qualquer tipo de demanda naquele momento. Aí a gente começou a fazer segunda, quarta e sexta, das 7h às 8h. As pessoas chegavam das 7h às 8h, não tinham limitação de senha, e a gente reservava de 2 a 3 horas pro acolhimento (...). A primeira semana a gente reservou a manhã inteira. Aí tal, chegou acho que foi dia 19 de maio, se não me engano (risos). Olha, se não me engano, porque eu acho que eu falei tanto isso gente.” Médica do núcleo fundador da UBS B

“(...) a gente começou chamando de acolhimento da equipe que é o que: tem que procurar sua equipe e essa equipe vai ter 4 vezes por semana. E a gente, por exemplo, como tinha essa coisa de uma distância muito grande, de uma demanda reprimida enorme, a gente começou com 4 dias por semana, mais de 3 horas era só pra isso, então, se não me engano, a gente começou com 12 horas por semana só de acolhimento da equipe, ou seja, desse nosso dispositivo de acesso. Aí o paciente chega, ele pulava a recepção (...) ele ia até o final do corredor, que era onde a gente tava, (...) e aí tem a mesinha com a ACS, que distribuía a senha, pegava o nome dele pra puxar os prontuários (...)” Médica do núcleo fundador da UBS A

Nos primeiros dias de implantação do AE os trabalhadores relatam grandes filas e muita demanda por atendimento:

“Nossa. O primeiro dia! Ai... nem sei se o pior é o primeiro dia né? Os primeiros dias são todos muitos ruins assim, porque você fica sem almoçar (...). Eu tenho enxaqueca e aí é pesado né, (...) era 60 senhas, era um negócio assim (...)” Médica do núcleo fundador da UBS A

“Então, no primeiro dia, nós chegamos a mais de 100 senhas. Algumas pessoas desistiram, então, no nosso livro, a gente tinha um livro de controle, lembro que tinha 98 senhas, a gente atendeu 98 senhas no primeiro dia. Então, assim, foi bem intenso (...)” Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B

Apesar do início difícil, passadas algumas semanas, os trabalhadores começaram a observar os primeiros resultados positivos:

“E a população gostou bastante no início, tá? As primeiras semanas não, porque eles demoravam muito pra passar lá, não entendia, enfim. Com o passar do tempo, que eles foram entendendo como funcionava realmente aí eles gostaram bastante. Já chegava já, tanto com demanda de rotina, quanto com demanda de queixa aguda, já era resolvida na hora ou a consulta era agendada para muito próximo, 15 dias, 20 dias (ou) consulta com enfermeiro. Valoriza muito o trabalho do enfermeiro, aquele tipo de acolhimento, foi bem produtivo, a população gostou assim bastante.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

5.2.3 A evolução do AE

Em seu segundo ano e implantação o AE encontrava-se consolidado nos dois serviços pioneiros e passou a servir de modelo para outros processos de mudança no município:

“E foi engraçado que, quando o acolhimento por equipe no território 7 começou, ele acabou se consolidando, isso foi um espelho pra cidade toda na época. Então, eu tava no (UBS de outro território) na época, (...) e fui até lá. Na época eu não era coordenador do (da UBS A), mas eu fui lá pessoalmente. Foi eu, foi o médico de família, foi o enfermeiro e a gente foi conversar lá na época e quem foi que nos recebeu (...) foi a (Médica do núcleo fundador da UBS A). Ela conversou com a gente por uns 40 minutos. Depois eu fui pro (UBS B), onde a gente vivenciou o acolhimento por equipe na prática. A gente ficou na sala só observando. E com isso, a gente fez a implantação disso lá na (UBS de outro território).” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A.

Do ponto de vista da redução da demanda e da capacidade do AE em promover um cuidado de saúde qualificado, a impressão quanto às repercussões positivas do AE também foram se consolidando:

“E depois de tantos anos aí funcionando o acolhimento de equipe, a gente percebeu uma diminuição o número de pessoas que procuram o acolhimento de equipe. Então, não vem 40-50 pessoas mais, tá vindo no máximo 30, a gente conseguiu também aumentar de 3 pra 4 horas também, apesar de ter ido pra 3 dias, então a gente tem 12hs por semana de consultório pra acolhimento de equipe, atendendo 25-30 pessoas por dia e isso é bastante tranquilo, a gente fazer consultas bastante adequadas e algumas vezes até consultas não breves, caso seja necessário(...)” Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

5.3 A APS em disputa

Neste capítulo pretende-se abordar como as diferentes concepções acerca do papel na APS nos Sistemas de Saúde se relaciona com o tema do acesso.

5.3.1 Estaria a APS se transformando em um grande pronto-socorro?

A implantação do AE foi permeada por diversos pontos de tensão. O primeiro deles, o poder sobre a gestão das agendas, foi descrito no capítulo anterior. Nesta seção, irá se discorrer a respeito de outro conflito, que versa sobre a reação dos profissionais ante a proposta de atender a demanda do dia no dia. O excerto abaixo exemplifica a questão:

“Então, tinha resistência também nesse sentido né, isso é uma coisa que a gente discutiu muito, principalmente depois que ampliou para outras equipes (...), aquela coisa de que agora isso aqui virou UPA (...). Essa coisa do papel da atenção primária na questão do cuidado longitudinal, incluindo demandas espontâneas e a agudização de quadros que a gente acompanha, de você ser o médico de referência daquela pessoa quando ela precisa, isso é um negócio que passa muito longe ainda né, porque a gente escuta, desde que eu cheguei lá (...) (que) você tá transformando aquilo num pronto socorro, numa UPA” Médica do núcleo fundador da UBS A

A percepção de que a reserva majoritária de vagas para atendimentos no mesmo dia representaria uma perversão de propósitos nos serviços de APS é

prevalente na fala dos entrevistados. Um dos principais argumentos dos que pensam desta forma é a alegação de que os serviços de APS são espaços de cuidado reservados para a prevenção e acompanhamento de problemas crônicos, que, por sua natureza, podem ser programados. O cuidado das queixas agudas, ou seja, daqueles que não podem esperar, seria papel dos serviços de urgência. Na fala de uma das entrevistadas, a respeito do serviço em que realizou sua formação:

“E eu sempre via o pessoal, isso porque a gente trabalhava numa unidade escola, mas as técnicas e as enfermeiras falando que o pessoal tinha que ir pro Pronto Socorro, porque era uma demanda não agendada e sempre não querendo atender. E aí eu me questionava, porque isso não é o que (...) tem de diretriz de Ministério da Saúde. E as pessoas não tem muitas vezes ideias de que é errado você não ter acesso pela atenção primária, as pessoas acham que tá correto você mandar a pessoa pra casa, porque a pessoa tem uma queixa aguda e ela devia tá na UPA e não devia tá na UBS. E as pessoas acham que, de fato, que isso é ok.” Médica do núcleo fundador da UBS B

O mesmo pode ser observado na fala abaixo, a respeito de outro serviço do município de São Bernardo do Campo onde a entrevistada em questão foi trabalhar logo após concluir a residência:

“Porque é um tabu e é aquele discurso que você escuta até muito dos colegas e da equipe, que atenção primária não é pronto-socorro(...). Quando eu cheguei pra conversar (na UBS nova) (...) a coordenadora já falou que aquela unidade não tinha perfil. E aí eu falei: Mas o que que é perfil? então, só unidade de população mais carente? É perfil, né? Porque população carente você pode fazer.” Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B

E também na fala de uma entrevistada do núcleo contemporâneo, a respeito de comentários com os quais se depara a respeito do funcionamento da UBS A:

“Eu já ouvi sobre isso (...). (O seu serviço) é a UPA do (bairro da UBS A)”. Ai...enfim! (risos) Eu acho que as pessoas que falam isso, elas não têm conhecimento sobre o que é acesso avançado.” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

A mesma entrevistada, entretanto, critica esta concepção:

“Temos queixas agudas? Temos. Mas não são essas queixas da UPA, por exemplo. São queixas da UBS, que a UBS, ela dá conta. (...) Não acredito muito nessa coisa da UPA. A UPA é pontual, né? Ele vai resolver aquela queixa e ponto. A gente não. A gente é a longo prazo, é um trabalho longitudinal. A gente percebe que assim, às vezes vem pacientes com algumas demandas: Eu tô com a hipertensão, com a pressão alta descontrolada, (...). A gente pede pra fazer o controle e daqui 2 ou 3 semanas o paciente volta. Então, não é um cuidado pontual. Se ele vai na UPA, ele vai receber as medicações ali e pronto. A gente não, a gente consegue fazer um cuidado mais longitudinal (...).” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Também, nas palavras de outra entrevistada:

“Bem, eu acho que a pessoa ser atendida no mesmo dia não tem nada a ver com pronto socorro. Depende, na verdade, do nível de complexidade da questão aguda, pra gente (...) dizer se isso é um pronto socorro ou não. A gente tentar absorver as questões das pessoas no mesmo dia, isso é maravilhoso, na verdade, pra todo mundo. (...) E, se for na atenção primária que a gente for fazer isso, e a gente conseguir limitar essas várias idas, muitas vezes pontuais no pronto socorro, vai possibilitar um cuidado das pessoas, na verdade. Tanto que, tem outra UBS que eu trabalhei, que realmente tem esse viés (...) e era muito forte, principalmente, entre os técnicos de enfermagem, que quando viam que tinha alguma questão ali, muitas vezes acabavam já encaminhando pra UPA (...). E era uma questão ali muito cultural e arraigada (...)” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

Murray e Tantau (2000, p. 46) descrevem uma concepção bastante prevalente entre os profissionais de saúde e que representava um paradigma a ser rompido na busca pelo acesso avançado. Segundo os autores, boa parte dos profissionais de saúde acreditam que “se você estiver realmente doente, nós vamos vê-lo hoje; se você não estiver realmente doente, você pode esperar”. Esta crença se coaduna com o exposto acima, com um adendo: Se o usuário não pode esperar, não deveria estar em um serviço de APS.

A concepção de que se o usuário não pode esperar, não deveria estar em um serviço de APS, contradiz o atributo do primeiro contato, descrito na definição operacional de APS de Barbara Starfield e que caracteriza serviços de alta performance (STARFIELD, 2001 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 9). É importante destacar também que, para Murray e Tantau (2000, p. 46), a postergação de demandas ao futuro, bem como a criação de diversas categorias complexas para definir o que “merece” atenção profissional no mesmo dia, se colocam como barreiras de acesso e tensionam o modelo de organização da demanda em direção ao acesso tradicional, com baixa ou nenhuma previsão de acesso oportuno não programado (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46).

Convém assinalar também, que a preocupação com o acesso de primeiro contato, especialmente para as queixas agudas de complexidade compatível com os recursos dos serviços de APS, está expressa na Política Nacional de Humanização, através da diretriz do Acolhimento. Assim, a PNH lançada no começo da década de 2000 foi um importante patrocinador do atributo do primeiro contato enquanto pressuposto do trabalho em APS no Brasil. Esta política já questionava a mera

racionalização entre agudo e crônico, ao reconhecer as “singulares e legítimas” necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013, p. 8).

Um conceito importante para compreender a pertinência do acesso oportuno é o de experiência da doença ou “illness”, em contraposição à doença propriamente dita, ou “disease”. De acordo com Sir William Osler, “Uma determinada doença (disease) é o que todos com essa patologia têm em comum, mas a experiência sobre a doença (illness) de cada pessoa é única.” (LOPES; DIAS, 2018, p. 132-143). Assim, o sofrimento relativo a uma determinada condição de saúde não é meramente proporcional às suas repercussões orgânicas, mas sim ao significado que lhe é atribuído pelo indivíduo. Isto ajuda a explicar a insuficiência dos serviços de urgência, onde o contato é pontual e a tecnologia voltada para a abordagem da maior gravidade clínica, em satisfazer as necessidades de saúde dos indivíduos em muitas situações. Da mesma forma, compreende-se que nem sempre o que é considerado “não urgente” pelo profissional de saúde é considerado da mesma forma pelo usuário, podendo gerar enfrentamentos e desgaste entre ambos, perda de vínculo e descrença no sistema de saúde.

A diferença entre doença e experiência da doença também ajuda a explicar porque pessoas com problemas crônicos, como hipertensão e diabetes, têm dificuldade em aderir aos tratamentos e mudanças de hábitos propostos. Pela natureza assintomática destes problemas, muitos não se sentem doentes e, portanto, relativizam ou não vêm propósito em se tratar (LOPES; DIAS, 2018, p. 132-143). Assim, a busca destes usuários por atendimento, por qualquer razão que seja, deve ser encarada como uma janela de oportunidade para a promoção do cuidado. Um episódio de agudização, por exemplo, pode servir como motivação para uma primeira ou melhor adesão ao tratamento, representando momentos potenciais de maior disponibilidade do usuário para o que pode ser ofertado pelo profissional de saúde. Ademais, estes eventos promovem o vínculo e facilitam o cuidado longitudinal, como expresso na fala abaixo:

“Eu sempre gostei muito da ideia do acolhimento por ter essa questão de vínculo, de acesso, então, eu sempre parava e pensava: ‘Se é um paciente meu que ta descompensado, ele não gostaria de passar comigo? E não seria melhor, porque eu já conheço ele? Não seria ótimo porque eu já posso otimizar a medicação, eu já sei o que ta acontecendo?’ Acho que isso facilitaria muito o trabalho.” Médica do núcleo fundador da UBS B

É também frequente que os profissionais dos serviços de urgência não ofereçam cuidado para usuários que não se enquadrem em suas classificações de risco, como o Sistema de Triagem de Manchester (CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014, p. 3), e os redirecione, novamente, para as UBS. O usuário muitas vezes sente-se desamparado e não sabe a quem recorrer:

“A gente viu pessoas que foram chutadas sistematicamente do sistema de saúde, porque vão no pronto socorro são chutadas, elas vão na UPA e são chutadas pra UBS, aí chega na UBS eram chutadas pela recepção”. Médica do núcleo fundador da UBS A

Para sistematizar as diferenças entre os serviços de urgência e emergência e os serviços de APS, foi elaborada a tabela abaixo, a partir do que se espera destes serviços no contexto das Redes de Atenção e Saúde (BRASIL, 2010).

Tabela 2 - Características dos serviços de APS e dos serviços urgência e emergência (Autoria própria)

APS	URGÊNCIA E EMERGENCIA
Longitudinalidade	Cuidado pontual
Coordenação	Não tem função de coordenação
Cuidado centrado na pessoa	Cuidado centrado gravidade clínica
Vínculo de longo prazo	Vínculo pontual
Relação da equipe multiprofissional com ênfase na atuação de campo	Relação da equipe multiprofissional com ênfase na atuação de núcleo
Recursos para cuidado ambulatorial e coletivo, coleta de exames, pequenos procedimentos cirúrgicos, curativos, medicação assistida via oral ou parenteral, observação breve, primeiro atendimento e estabilização de casos que ameaçam a vida	Recursos para estabilização e manejo de casos que ameaçam a vida, acesso a exames laboratoriais e de imagem com brevidade, internação.

Assim, observa-se que a percepção de que o cuidado promovido sem programação prévia e no mesmo dia transforma o serviço em uma unidade de pronto atendimento não encontra respaldo entre o que é preconizado para uma APS de qualidade, tanto nacional, quanto internacionalmente.

5.3.2 Seletividade e integralidade: Memórias e expectativas dos profissionais de saúde a respeito de seu trabalho

Outro ponto de tensão entre os profissionais foi o cuidado aos grupos tidos como prioritários, notadamente os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças. Nas palavras de uma das entrevistadas:

“Tem uma resistência (...) mas assim meio passiva né, mas que tinha, que era assim: os pacientes, todos os hipertensos e diabéticos que estavam acostumados a sair com o papelzinho, eles não podem ir (...) na recepção marcar, porque a agenda (com a implantação do AE), ela tá prioritariamente com a equipe. (...). Então, como é que essa pessoa vai sair e não vai ter aquela consulta pra dali seis meses? (...)”. Médica do núcleo fundador da UBS A

O AE, ao aumentar de forma importante a oferta de consultas no mesmo dia, reduziu a possibilidade de agendamento a longo prazo. Isto afetou a forma como as equipes estavam acostumadas a lidar com o acompanhamento destes grupos, que deveriam, por orientação da gestão, sair das consultas já com o retorno apurado e agendado.

Convém assinalar que o cuidado a estes grupos era considerado por muitos trabalhadores como a função precípua dos serviços de APS, de modo que até as agendas chegavam a ser estruturadas para contemplar estes grupos:

“(...) o que que vinha de relato dos pacientes pra mim (...), na equipe que eu tava, (era que) a (antiga) médica (da equipe) fazia basicamente: pré-natal, puericultura, hipertenso e diabético. O resto era muito secundarizado”. Médica do núcleo fundador da UBS A

A eleição de grupos prioritários a partir do perfil populacional de morbimortalidade encontra diversos paralelos na história da saúde pública no Brasil, pelo menos ao longo de todo o século XX. Especificamente, em relação a APS, merece destaque a “programação em saúde” das décadas 60 e 70 e a “ação programática em saúde”, do final da década de 80. Ambas as iniciativas representaram movimentos progressistas em suas épocas, sendo a segunda uma releitura crítica da primeira, e tinham por objetivo articular as ações de assistência médica às ações de saúde pública, historicamente fragmentadas em nosso país. Representaram, portanto, do ponto de vista da sua concepção, tentativas de promover uma atenção primária mais integral, ainda que, em virtude de suas contradições, próprias ou contextuais, tenham avançado de forma limitada neste sentido, ou, em outra leitura, dentro das restrições do seu momento histórico (MOTA; SCHRAIBER, 2011, p. 839-841)

No que se refere especificamente aos grupos prioritários mais tradicionalmente associados ao PSF, merecem destaque as seguintes políticas: O programa de saúde materno infantil (PSMI) na década de 70; O programa de assistência integral a saúde da criança na década de 80; O programa de assistência integral a saúde da mulher, também na década de 80; e o plano nacional de reorganização da atenção à

hipertensão e diabetes mellitus, nos anos 2000 (CASSIANO *et al.*, 2014, p. 229, BRASIL, 2002, p.5).

Se por um lado estas políticas guardam dentro de si um movimento em direção à integralidade, como exposto acima, é certo que carregam também a importante limitação de serem focados na doença (ou no risco de doença) e de propor um conjunto de ações de saúde bastante específicas, voltados para grupos restritos, com foco na vigilância e em uma clínica por muitas vezes empobrecida. E é a memória coletiva deste arcabouço de programas orientado o trabalho na APS desde pelo menos a década de 70, que irá influenciar a concepção dos trabalhadores acerca do seu papel no sistema de saúde. A própria saúde da família, em sua concepção inicial enquanto “programa” (PSF), faz parte deste contexto, como pode-se perceber no excerto abaixo:

“O PSF tem sua matriz teórica circunscrita prioritariamente ao campo da vigilância à saúde. (...) Isto significa que em grande medida a normatização do programa inspira--se nos cuidados a serem oferecidos para ações no ambiente. Não dá muito valor ao conjunto da prática clínica, nem toma como desafio a necessidade de sua ampliação na abordagem individual nela inscrita, no que se refere a sua atenção singular, necessária para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram (...). Desta forma o PSF desarticula sua potência transformadora, aprisionando o trabalho vivo em ato, em saúde, em normas e regulamentos definidos conforme o ideal da vigilância à saúde, transformando suas práticas em “trabalho morto” dependentes. Assim, como a Medicina Comunitária e os Cuidados Primários em Saúde, ao não se dispor a atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas como a da ‘clínica ampliada’, age como linha auxiliar do Modelo Médico Hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre ele e a corporação médica: ‘da saúde coletiva, cuidamos nós o PSF; da saúde individual cuidam vocês, a corporação médica’. (...)” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 99.)

É muito criticado também, pelos autores, a baixa permeabilidade do programa à demanda espontânea:

“Outra questão central, diz respeito ao fato dos seus mentores considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das UBS, a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, elimina a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, o que se constitui em uma doce ilusão. A população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias, e não havendo um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros, como usualmente acontece. Este é um erro estratégico na implantação do PSF, o que enfraquece em demasia sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico hegemônicos, para responderem as suas necessidades imediatas.” (FRANCO; MERHY, 2003, p. 106.)

A necessidade de equacionar estas questões contribuiu para a redefinição do PSF em “estratégia” em meados dos anos 2000 (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p. 1905).

Neste momento, é importante recordar as características da APS seletiva, descrita por Giovanella e Mendonça (2012, p. 9), como um modelo de atenção baseado em programas de objetivos restritos, voltados para populações pobres e que se valem de recursos de baixa densidade tecnológica. A mesma autora destaca ainda que, no Brasil, houve grande permeabilidade a um modelo diferente de centros de saúde, experimentado internacionalmente em algumas colônias britânicas, como o Sri Lanka, nos quais se preconizavam os cuidados preventivos, relegando o manejo dos agravos aos ambulatórios médicos e hospitais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009, p. 589). Observa-se, portanto, ecos da APS seletiva nas resistências dos profissionais de saúde frente a propostas de mudança mais inclusivas, como o AE.

A promoção de um cuidado mais abrangente e mais alinhado à perspectiva da APS integral, é um importante argumento de defesa do AE. Observa-se isso nas falas dos entrevistados:

“Então, assim, os pacientes (...) eles vinham com dor de estômago, eles vinham com dor no joelho, eles vinham com dor nas costas, eles tinham outros problemas, era depressão, era ansiedade (...) e eu comecei a abordar (essas queixas) nas próprias consultas” Médica do núcleo fundador da UBS A

“(...) eu acho que a gente tava muito acostumado a priorizar essas linhas de cuidado em detrimento de outras questões. (...). Então, eu acho que a gente pode cuidar dessas pessoas, dessas linhas de cuidado, mas com outros formatos, por exemplo, (...) daria um acesso talvez maior pra elas, ao mesmo tempo que a gente consegue, na verdade, olhar essas pessoas não só como hipertensos, diabéticos ou asmáticos (...), mas como pessoas inteiras, que tem outras questões também. (...) A Maria Chiquinha e tal, que também tem seu sofrimento, que tem angústia do seu trabalho, (...) que é tabagista, mas que mesmo assim não para de fumar, sei lá. Tem todas as questões que a gente precisa olhar um pouco de uma forma mais ampla, (...). Eu acho que o foco é tentar entender todas as outras questões de pessoas que não estão incluídas nessas linhas de cuidado mesmo.” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

É importante destacar também, que apesar da gestão diária das agendas não permitir o agendamento para o longo prazo, as equipes buscaram modos de manter uma atenção especial a estes grupos. Nas palavras de uma das entrevistadas, questionada se o AE atrapalhava de alguma forma o cuidado destes usuários:

“Eu acho que ajuda (risos). (N)essa minha experiência de (...) quase um ano de residência, eu vejo que ajuda. Porque aquele paciente (...), se ele sente

que 'olha, minha diabetes não tá controlada, não estou me sentindo muito bem', ele vem pro acolhimento por equipe. (...) Ele acaba vindo mais vezes, porque ele sabe que vai ser atendido, que vai ser escutado, ele sabe que ele vai resolver a demanda dele. Então, vendo os pacientes crônicos, que a gente tem que estar acompanhando, 1 ou 2 vezes por ano, dependendo da doença até mais, eu acredito que aproxima mais. (...) eu conheço a maioria dos nossos pacientes com hipertensão, com diabetes, com algum problema cardíaco, então, eu consigo ter uma visão melhor deles com o acolhimento (...). Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Outra entrevistada explica a organização do atendimento prestado às gestantes e crianças. Ao contrário dos hipertensos e diabéticos, que foram naturalmente incorporados ao AE, estes dois grupos, em ambos os serviços, mantiveram-se “protegidos” nas agendas regulares (turnos de consultório sem AE):

“Na verdade, a gente tinha um esquema também diferente pra puericultura e pra gestante. E pra hipertenso e diabético não, (...) porque eles vinham no acolhimento e então a gente atendia e agendava conforme for pelo acolhimento. Mas puericultura e gestante a gente tinha o controle na lista, no caderno...” Médica do núcleo fundador da UBS B

O “caderno” mencionado pela entrevistada era um instrumento de gestão da clínica (GUSSO; POLI NETO, 2018, p. 205) utilizado pela equipe para registrar os atendimentos do AE e monitorar os usuários sob sua responsabilidade. Profissionais de ambos os serviços relatam trabalhar com tais instrumentos, impressos ou virtuais, para auxiliá-los no cuidado longitudinal dos grupos mais vulneráveis. Este é um aspecto importante, pois muitos trabalhadores e gestores acreditam que o agendamento de longo prazo é um bom recurso tanto para a garantia do retorno, quanto para o monitoramento dos usuários, pela possibilidade de busca ativa de faltosos. Entretanto, é frequente que usuários faltem às consultas agendadas e muitas vezes as equipes não conseguem dar conta da busca ativa de todas estas faltas, inclusive pelas frequentes migrações de pessoas dentro e para fora dos territórios dos serviços.

A redução de tempo de espera para consultas também facilitou o acesso dos grupos de maior risco, como por exemplo as pacientes em final de gestação, que demandam um cuidado mais intensivo:

“(...) se vinha gestante semanal, a gente tinha vaga semanal. (...) não tinha ‘não tem vaga essa semana’ e ter que ficar enfiando sei lá onde. Então, antes de abrir as consultas pro mês seguinte, a gente parava e via quantas gestantes iam passar comigo naquele mês, quantos bebês iam passar comigo aquele mês. (...) e aí eu contabilizava mais ou menos quantas vagas eu ia ter que disponibilizar pra gestante e pra puericultura. E aí a gente já ia agendando quem passasse pro dia seguinte. (...). Então era isso, aquelas

pessoas que tinham de passar, que tinham prioridade assim, (...) a gente marcava, independentemente do que que ela era.” Médica do núcleo fundador da UBS B

De maneira geral, a avaliação dos trabalhadores em relação à sua capacidade de cuidar da população é bastante positiva, tanto no que se refere aos grupos prioritários, quanto aos demais. A entrevistada abaixo, além de destacar esta questão, explica também que no AE era possível individualizar os casos e ofertar cuidado de acordo com o contexto do usuário, para além da natureza (crônica ou aguda) da sua queixa:

Melhorou bastante, porque a gente conseguiu visualizar muito a formatação da nossa agenda. (...) a gente consegue ver o cuidado longitudinal, então a gente consegue ver que a mãe vem, ela já traz o filho e a sogra. Eles já sabem que os prontuários já estão todos juntos, que eles podem chegar e em uma viagem já podem conseguir resolver tudo ou tentar pelo menos resolver tudo, fazer tudo, sem ter que ficar perdendo esse tempo. E a gente conhece um pouco melhor também a dinâmica da família, então (...) isso facilita muito pra gente. (...) quando chegava (uma pessoa e dizia) ‘tá trabalhando, não consegue vir’, (a gente dizia) dá pra vir depois.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

5.3.3 Trabalho em equipe no AE: Compromisso com a reorientação do modelo assistencial

Franco e Merhy (2003, p. 114.) se valem do mito da esfinge de Tebas para descrever a relação ambígua do então programa de saúde da família com o processo de trabalho na APS. Os autores afirmam o seguinte:

‘Se de um lado, o PSF traz na sua concepção teórica a tradição herdada da vigilância à saúde, por outro, reconhece que a mudança do modelo assistencial dá--se a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais. Aqui, entende--se que ocorre com o PSF algo parecido como o enigma da Esfinge. (...) o programa enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo não decifra--o e como no caso da esfinge, é engolido pela feroz dinâmica do trabalho medicocentrado (...)’ (Franco; Merhy, 2003, p. 114.)

A reorientação do modelo assistencial para a promoção de um cuidado mais efetivo é uma imagem-objeto há muito perseguida. Pela sua importância e pela centralidade do processo de trabalho no mesmo, a autora buscou aferir junto aos entrevistados os modos com que o AE se relaciona com o trabalho multiprofissional e em equipe. Neste sentido, as falas convergem, principalmente, para uma maior

valorização do trabalho da enfermagem e aumento da capacidade de resposta dos ACS perante a população:

“Eu acho que valoriza mais o meu papel. As pessoas sabem qual é o meu papel. Vai passar com o enfermeiro? Antes eles não gostavam muito. Hoje não. Eles preferem que seja assim. Então, isso valoriza qual é minha função ali, dentro da equipe, dentro da atenção básica. Porque a gente tem (...) um leque de opções (...) pra resolver bastante coisa (...)” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

“(...) tem a questão também, acho que isso é muito legal, às vezes o paciente passa com a enfermagem, primeira sala, e aí (fala) ‘mas é que eu tô em dúvida, entre esse exame e esse aqui’ e, na sala de enfermagem mesmo, a gente já consegue resolver aquela demanda. Então, eles ficam felizes assim: ‘Ah! Então não vou precisar passar com médico?’, ‘Não. Você não vai precisar’, ‘Ah! Então melhor!’”. Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

“Na equipe impactou muito positivamente porque distensionou o trabalho das ACSs. Era (...) muito recorrente que os ACSs se queixassem de que eles estavam sendo muito cobrados na rua da questão da agenda: ‘ah, quando abre a agenda?’ ‘ah não tenho previsão’(...). (Depois do AE) os ACSs colocaram que (quando) eles vão fazer a visita, (e surge) qualquer motivo do acompanhamento normal do trabalho deles e o usuário fala assim ‘olha, eu tô com uma dor de ouvido. O que eu posso fazer?’ (eles dizem) ‘ah! Vai amanhã lá no acolhimento, vai lá e passa com a equipe’. ‘Ah! Preciso renovar uma receita (...). ‘Ah! Vai lá amanhã e passa com a equipe’”. Médica do núcleo fundador da UBS A

Os entrevistados destacam que o AE possibilita também que os membros da equipe recorram uns aos outros quando julgarem necessário, estabelecendo relações mais solidárias entre os profissionais, além do compartilhamento da responsabilidade pelo cuidado do usuário:

“Teve uma paciente de saúde mental, que eu não sabia o que fazer. (...) é uma paciente que tá há muito tempo acompanhada pelo CAPS e aí ela chegou com uma cartinha falando que agora ela seria acompanhada pela UBS. Aí eu falei: ‘mas e aí, a senhora tá tomando remédio?’, questionei e ela falou: ‘Então, não. Eu parei’. Aquele medo interno assim, né? ‘Oh! Meu Deus! E agora?’ (...) E aí a gente, graças a Deus, temos a (enfermeira do núcleo fundador da UBS A), temos o (médico do núcleo contemporâneo da UBS A) (risos). E aí eu conversei com a (enfermeira) e ela: ‘Não. Vamos encaminhar pro (médico), pra ele analisar, medicar’ e também, a gente levou isso pro (psicólogo), pra gente poder conversar (...) com a saúde mental (...)” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Assim, evidencia-se nas falas acima uma certa da potência do AE em promover o trabalho em equipe e a atuação de campo e núcleo dos trabalhadores não médicos.

Alguns entrevistados destacam, entretanto, alguns pontos negativos, como o de que o AE aumentaria consideravelmente a carga de trabalho da equipe:

“Olha, eu acho que pra unidade melhorou bastante (...). Isso (o AE) acabou não sobrecarregando o nosso trabalho em outros setores, principalmente, as técnicas, principalmente, a recepção, mas sobrecarregou o trabalho da equipe. Da equipe menor, então das médicas e da enfermeira e das ACSs.” Médica do núcleo fundador da UBS B

A mesma entrevistada comenta também o impacto desta sobrecarga na saúde dos trabalhadores:

“Aí (eu) fazia já terapia, (...) e voltei pro psiquiatra, comecei a tomar remédio. Ele me afastou inclusive do trabalho por 15 dias, porque eu já não tava conseguindo trabalhar. (...) e eu falava só do trabalho, era óbvio, eu vivia pra trabalhar naquela época, aí eu falei pra ele que uma das coisas lá do trabalho era a questão do acolhimento, que a gente tinha aberto as portas e aí era muita demanda, muita demanda, às vezes (...) demandas que não eram de ordem necessariamente de saúde e que a gente precisava de uma rede que funcionasse. E eu me via dentro daquilo, tendo que dar conta assim e muitas vezes eu não conseguia, nem porque eu não queira assim, era uma coisa que (...) não era da minha alçada. Tava fora da minha (...) governabilidade. Então, ele virou e falou: “É (nome da médica). (...) os gestores abrem as portas e sobra para os trabalhadores”. E eu falei: ‘Não. Foi eu que abri as portas’. E aí ele olhou pra mim assim e a gente começou a dar risada.” Médica do núcleo fundador da UBS B

Esta questão também aparece na fala de outra entrevistada, que pondera a questão do sofrimento do trabalhador, apesar dos bons resultados do AE:

“Então, tinha épocas que eram bem mais difíceis (...). Pessoalmente (eu) tinha um padrão de aguentar um certo burnout. Do que eu lembro assim, eu terminei todos os anos em burnout (...) foi pesado pra caramba. Mas enfim (o AE) tinha resultados nítidos” Médica do núcleo fundador da UBS A

Moreli, Sapedi e Silva (2015, p. 5) realizaram uma revisão sistemática a respeito do burnout em médicos da APS. Os autores identificaram diversas variáveis associadas ao burnout, dentre as quais uma maior quantidade de atendimentos por dia. Assim, este achado pode tanto estar associado ao AE, quanto à prática geral do trabalhador da APS (MORELI; SAPEDI; SILVA, 2015, p. 5)

A enfermeira do núcleo fundador da equipe A também se manifesta a respeito do esgotamento dos profissionais:

“Mas tem o ponto negativo que é cansaço. Não é todo dia que a gente tá de bom humor e, também, cansa mesmo, de você ficar ouvindo a queixa dos pacientes todo dia, todo acolhimento (...)” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

Entretanto, pondera acerca de potenciais recursos protetores:

“A gente, como na equipe (...) eu sempre falo pro (médico do núcleo contemporâneo da UBS A), deixa uma agenda aberta, porque eu tenho algum respaldo. Porque se acontecer alguma coisa dele não ir e não ter ninguém,

eu vou continuar no acolhimento. O acolhimento não se resume na consulta, (...) preciso ter alguma coisa pra poder me organizar. Então, a gente sempre faz alguns combinados. Então, não acho que é tão doentio assim, eu gosto de fazer. Esses dias que eu fiquei sem fazer, eu senti falta.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

Apesar destas dificuldades, no que se refere à capacidade do AE de articular o trabalho da equipe, as falas convergem positivamente e destacam o potencial formador do AE, no sentido de favorecer uma mudança de concepção dos trabalhadores acerca do próprio papel:

“E outra coisa é (...) que você consegue fazer um trabalho de educação permanente com os profissionais que estão trabalhando na atenção primária, (mas) que não sabem qual que é o potencial da atenção primária (...) e acaba muitas vezes reproduzindo uma resistência que às vezes eles nem se identificam de verdade (...). É uma mudança de paradigma de cuidado, de organização do sistema, então, é uma coisa que bota APS no centro, a APS mesmo não adaptações do que é a saúde da família nos lugares, (...) (mas) mesmo essa coisa de qualificar e aproveitar esse potencial que tem a APS de fazer um cuidado tão resolutivo” Médica do núcleo fundador da UBS A

5.4 O acesso na efetivação do direito à saúde

Neste capítulo pretende-se abordar as implicações do AE na ampliação do acesso, bem como alguns de seus principais desafios e perspectivas dos entrevistados para o futuro.

5.4.1 A organização da demanda como mecanismo de ampliação do acesso

O elemento que “explica” o AE enquanto dispositivo de acesso é a sua tecnologia de organização da demanda. Este aspecto é definidor porque a proposta do AE incide primordialmente sobre gestão das agendas. O AE não interfere, por exemplo, na quantidade de profissionais do serviço ou na quantidade de pacientes por equipe. Coerentemente com isto, observa-se que o resultado central do AE é a redução expressiva do tempo de espera para consultas, ou, em outras palavras, uma agenda otimizada. Esta relação entre a gestão diferenciada das agendas e a redução do tempo de espera, está exemplificada nas falas abaixo:

“(...) ele permite a racionalização da agenda, que basicamente significa você conseguir atender as pessoas (...) no tempo que elas precisam, de acordo com suas necessidades e as potencialidades da equipe. E (possibilita) você (...) reduzir a zero o tempo de espera pra consulta médica, que também é um grande entrave no SUS, (...)” Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

“(...) eu acho que essa questão da agenda é o principal. Tem outros casos mais graves que a gente consegue marcar com mais antecedência. Não vou marcar pra daqui um mês nem nada assim. (...) vem paciente, às vezes a gente tá em dúvida, a gente discute em reunião de equipe, a gente pensa:

‘Ah! Então, pede pra ele vir amanhã no acolhimento’. Então, amanhã ele já tá aqui (...). Não é que eu (o paciente) vou chegar, vou lá na recepção, vou marcar pra daqui quanto tempo, não, ‘amanhã você já consegue passar’. Eu acho que isso é uma vantagem (...)” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

A reorganização das agendas como tecnologia para aumentar a capacidade de trabalhar a demanda do dia no mesmo dia foi abordada por Balasubramanian *et al.* (2014), cujos resultados já foram discutidos na introdução deste trabalho.

Convém assinalar, entretanto, que apesar de o AE pressupor desde a sua implantação uma quantidade expressiva de atendimentos no mesmo dia, boa parte dos atendimentos ainda era postergada para além de quarenta e oito horas no futuro, demonstrando que de fato o AE nos moldes descritos neste trabalho ainda se aproxima bastante do modelo *carve out* (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46).

“(...) nem sempre a gente consegue, por exemplo, garantir uma agenda pra semana que vem. Algumas vezes a gente tá conseguindo garantir sempre às segundas-feiras de consultas agendadas da semana anterior, mas algumas pessoas acabam tendo suas consultas marcadas para 2 ou 3 semanas. Isso de certa forma é frustrante, porque a gente se esforça pra tentar atender todo mundo no mesmo dia ou no dia seguinte, mas ainda assim tem dificuldades importantes.” Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

Ainda assim, a avaliação é de que o tempo de espera reduziu significativamente e trouxe resposta satisfatória para os serviços:

“Então, hoje, as unidades com quem eu converso que trabalham com acolhimento por equipe, a agenda não é mais um problema.” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B

O AE parece também ter aberto as portas para novos sujeitos:

“(...) começou a vir muita gente que antes não tinha acesso a UBS ou que vinha, mas não conseguia consulta e era mandado de volta pra casa, a gente conseguia manejar muito melhor nosso horário de agenda, então, a agenda ficava pra 15 dias em geral.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS A

É também implicado em um diálogo mais sincero entre os serviços e os usuários:

“Então é verdade que você pode ir amanhã lá e falar com a doutora se precisar, que era como os ACS falavam. E aí depois (veio) o BOOM (...) rolou muito disso de paciente novo, novo cadastro (...), galera chegando.” Médica do núcleo contemporâneo da UBS A

É prevalente nas falas uma compreensão de que a redução do tempo de espera gera consultas mais oportunas, o que por sua vez se desdobra em um cuidado de maior qualidade:

“(...) ele (o AE) dá um acesso maior pra ele (o paciente) vir a UBS mais vezes (...), ele vem nos momentos pontuais pra ver controle de pressão, controle de dextro, uma avaliação ali na sala de curativos de um paciente que tem ferida e é diabético, e a gente vai aproveitando outros momentos também pra poder cuidar desse paciente(...). E a gente vai facilitando pra que ele tenha mais possibilidades e mais momentos pontuais, do que um ou dois momentos durante o ano inteiro. Tem alguns lugares que falam realmente que é melhor a pessoa ir mais vezes, mesmo que seja em tempos mais curtos de contato com o profissional do que ter um tempo maior, que ele vai esquecer todas as recomendações (...) Então, eu acho que isso possibilita um maior cuidado longitudinal das pessoas (...)” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

Neste sentido, alguns entrevistados discutiram a necessidade do profissional de recorrer à recursos que permitam a gestão do tempo de consulta:

“De aperto (no AE), principalmente, no início (da residência) (...) era (a) dificuldade de lidar com o tempo, então, minhas consultas eram muito mais longas (...) E aí é tentar alinhar essa insegurança diante de tanta coisa, com essa insegurança também de não dar conta a nível de organização do tempo, de não conseguir dar conta por demanda. Então, logo no início foi meio desesperador. E, às vezes, ainda é (...). Mas, com passar do tempo, vai se tornando cada vez mais fluído, tanto por estar mais seguro da parte clínica, quanto estar administrar melhor o tempo, por entender melhor a longitudinalidade, que nem todo paciente precisa demorar tanto tempo assim. E a experiência foi se tornando melhor.” Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A

Na mesma linha, o entrevistado abaixo discute a necessidade de organizar as demandas de cada consulta, comparando o que acontece em outros países, em que os pacientes são orientados quanto à quantidade de queixas que podem apresentar por consulta:

“(...) (É necessário) saber o que que é relevante e o que não é, o que pode ser levado pra um segundo momento daquela consulta, de todas as demandas trazidas, como lidar com isso. E de uma forma bem mais criativa do que outros sistemas de saúde, como alguns lugares acabam fazendo: ‘são só três demandas por paciente, por consulta e se passou de três você agenda de novo’”. Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

É interessante observar que, apesar de compreender que às vezes o acesso oportuno se traduz em contatos mais breves, os profissionais entendem que o AE é sensível à demanda por atendimentos mais longos. O mesmo entrevistado, na sequência da fala explica:

“Acho (...) que a gente tenta fazer de uma forma mais próxima da fluidez (...). Não limitar a três exatamente, mas conseguir entender o que é relevante, o que não é relevante e fazer aquilo que tem que fazer no dia e também não ficar postergando com a barriga.” Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

Também nas palavras de outra entrevistada:

“Eu acho que dependendo da forma que a gente faz o acolhimento, a gente pode sem querer, não primar pela qualidade, mas se a gente tiver (...) uma percepção ali de sinais de alarme ou perceber que a pessoa tem ali questões que estão ocultas (...), a gente consegue primar pela qualidade. Ao mesmo tempo (em) que realiza o acolhimento (...) (pode-se tentar) reservar (para) alguns usuários (...) um atendimento mais minucioso em outro momento. (...)” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

Para além de novas pessoas, o AE parece ter favorecido o acolhimento de novas demandas nos serviços.

“(...) Tinha uma série de casos. Aí você imagina, você tinha uma (...) agenda nesse modelo tradicional, de agendamento por meses, tudo entupido, que você não tinha margem pra fazer nada, com uma demanda reprimida enorme, pessoas cobrando consulta e (...), geralmente, se dava preferência (...) pro cuidado programático e de repente... você não imagina o que tinha de demanda reprimida de famílias complexas (...). Então a gente conseguia discutir e, além de discutir, a gente conseguia atender. Então, assim: (os ACS diziam) ‘Ah! Fulano de tal (...) que tem suspeita de uma doença rara de pele e a mãe abandonou a criança (...) e a gente viu numa ação da pastoral’ (e a equipe dizia) ‘Tá bom, vamos ver. Será que Fulano consegue trazer ela aqui quinta-feira?’ (...) Então, vira mexe se falava ‘Porque então você não passou esse caso antes?’ (...). (o ACS dizia) ‘Ah! A mulher que tá lá numa situação de cárcere privado (...)’, (e a equipe) ‘mas porque não discutiu isso (...)?’”. Então demorou até um tempo pra mudar essa chave assim. Porque você qualifica o negócio, você abre a porta para o que importa né?” Médica do núcleo fundador da UBS A

O mesmo foi observado pelas entrevistadas abaixo, que destacam também como a possibilidade de cuidado mais frequente favoreceu a individualização de algumas necessidades:

“Uma coisa muito bacana do acolhimento foi a questão dos hiperutilizadores. Era muito bacana porque você conseguia, tanto deixar eles tranquilos, que (...) eles iam ter um espaço sempre que precisasse na agenda. Ele não precisava todo mês madrugando pra poder conseguir, porque na realidade, é o que acontecia. Sempre quem passava eram sempre os mesmos (...)” Médica Residente em MFC do núcleo fundador da UBS B

“(...) tinha algumas pacientes que eu atendia toda semana, então conseguia atender elas toda semana. Por exemplo, tinha uma (...) que tinha condiloma acuminado, que a gente tava aplicando ATA (ácido tricloroacético), então eu consegui encaixar ela uma vez por semana. Tinha uma paciente que eu atendia com o (psiquiatra matriciador) quase toda semana, que ela tinha TAB (Transtorno Afetivo Bipolar) e era super grave. Ela ficou um tempão em mania, depois ficou um tempão mega deprimida. E a gente atendia ela toda semana. (...). Aí tinha uma outra paciente (...) que ela tinha usado anabolizante e tava mega deprimida com ideação suicida, com planejamento, emagrecimento horrível. Enfim. (...), tinham várias outras. Eu acho que eu tinha umas 5-6 pessoas que eu atendia toda semana. Elas, às vezes, variavam, mas aí eu conseguia fazer esse acompanhamento. Porque eu conseguia ter a agenda pra mim. Reservava já o horário.” Médica do núcleo fundador da UBS B

Para além da oferta de cuidado oportuno para situações já conhecidas pela equipe, o AE parece ser sensível à captação de novos casos complexos. Na fala abaixo, a entrevistada conta situação que ilustra esse fato e se refere à uma “tabela” que permite que os profissionais se organizem e planejem ações de saúde. Estas planilhas, físicas ou digitais, são referenciadas nos serviços como instrumentos de “gestão da clínica” (GUSSO; POLI NETO, 2018, p. 205) e estão presentes nas falas de diversos entrevistados:

“(...) a gente tem a vantagem de ter aquela tabela sensacional na equipe (nome da equipe), então, (...) a gente já anota na tabela se precisar de alguma (coisa) (...). Por exemplo, o Sr. (nome de paciente), ele é um paciente que de certa forma eu conheci pelo acolhimento por equipe. Então, conheci ele no acolhimento por equipe, depois na sala de curativo e aí fui entendendo que: Olha, ele não consegue organizar a medicação dele. É uma demanda dele. Então, fiz uma visita, fui lá na casa dele. (...) talvez em outro momento, eu tivesse esse olhar, mas ia demorar muito mais. E o acolhimento não, me trouxe isso de forma mais rápida (...). Então, tem essa aproximação com o paciente (...)” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Observa-se, portanto, tomando por base as falas acima, que o AE desempenha um tipo específico de gestão das agendas, o qual acaba por reduzir o tempo de espera para consultas e por alcançar um cuidado mais oportuno e com maior vínculo (por ser “por equipe”). Para funcionar, demanda que os trabalhadores se valham de pelo menos duas ferramentas acessórias, para que os casos possam receber atenção proporcional às suas necessidades: a gestão do tempo e a gestão da clínica. O principal produto da interação destes fatores é um aprimoramento do exercício da função de primeiro contato por parte dos serviços, o que por sua vez pode (ou não) se desdobrar em um exercício aprimorado dos demais atributos essenciais da APS. Tudo isso, facilitado ou limitado pelo contexto maior das políticas de saúde. A figura 5 abaixo esquematiza este pensamento:

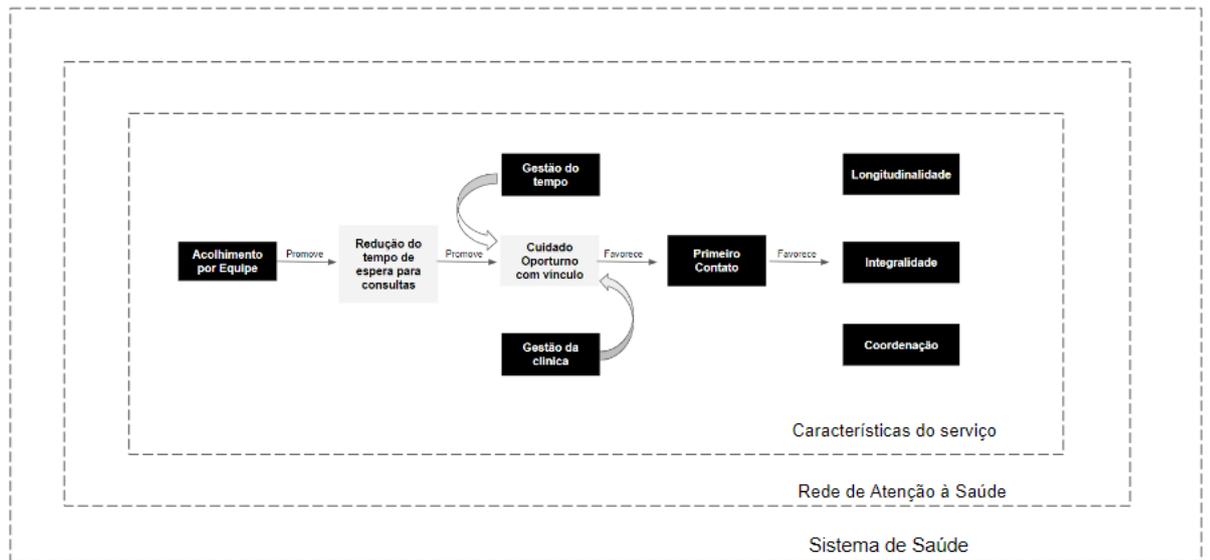


Figura 5, Autoria Própria

5.4.2 Desafios do AE

Apesar de apontar em direção aos preceitos de uma APS integral, o AE enfrenta importantes desafios. Um deles, é o fato de que ao favorecer o primeiro contato, o AE escancara outras deficiências, com os limites da coordenação em uma rede de saúde por vezes pouco integrada e competente. Nas palavras da entrevistada abaixo:

“(...) Eu lembro uma vez que eu atendi um homem de 50 e poucos anos, que tava com (...) um emagrecimento, uma dor epigástrica e não tava melhorando. (...) Aí ele veio no acolhimento com uma endoscopia que ele fez lá, tinha foto, era um brotoma horroroso. Horroroso! Aí fizeram o anatomopatológico e veio gastrite leve. E aí eu ia encaminhar como esse homem? Porque pra encaminhar pra oncologia precisa de anato (anatomopatológico). E não tinha anato, precisava fazer uma (nova) endoscopia. Tentei encaminhar pra UPA e eles devolveram. Eu achava que ele precisava ficar internado, porque ele não tava comendo nada. Mas aí não internavam ele. Então, não tinha pra onde mandar. Eu ia mandar pro gastro e ia demorar uns 50 mil anos. Pedi uma endoscopia, liguei na regulação, mesmo assim ia demorar. Aí eu falei pra eles: Faz particular. Você tendo essa anato (anatomopatologia) eu já consigo encaminhá-lo (...). Mas aí depois de umas semanas o cara morreu. Mas eu achei muito ruim porque ele morreu sem um encaminhamento, sabe? Ele não tava sendo cuidado. E é isso, você fica muito frustrado, porque você finalmente está tendo acesso a toda essa demanda, mas você não tem muito o que fazer com isso.” Médica do núcleo fundador da UBS B

Para além do papel da rede, alguns profissionais entendem que o acolhimento mantém uma lógica ainda muito dependente do trabalho médico, apesar dos avanços descritos na seção anterior:

“Mas ainda era uma coisa muito médico-centrado. Por exemplo, não tinha muita oferta na UBS, então a UBS quase não tinha grupo. (...) Essa cultura né, de medicalização e, enfim, as pessoas mesmo já vinham pra passar comigo, mas a gente não tinha muitas outras coisas pra ofertar também (...)”
Médica do núcleo fundador da UBS B

No mesmo sentido, a fala abaixo críticas as mudanças pelas quais o AE passou nestes anos de sua consolidação:

“Então, hoje, ficou muito (...) centralizado no médico, o acolhimento hoje. E isso eu acho que piorou bastante a qualidade (...), porque eles não têm mais orientação. Eles só estão ali super medicalizados, eles entenderam que o acolhimento agora é só medicação mesmo. Então a pessoa vem, toma a medicação, pega o remédio e já tô cuidado’. (...) Então, acho que perdeu muito nesse novo formato do acolhimento que a gente tá tendo.”
Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

É uníssono também entre os entrevistados que o AE equacionou o tempo de espera em dias, porém piorou o tempo de espera dos usuários em termos de horas dentro do serviço.

“Bem, o que eu acho não legal hoje, pelo menos no esquema que a gente faz, é o tempo de espera, que acaba sendo estressante pro profissional e pros usuários, por enquanto (...)”
Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

“Precisa mudar a questão de ficar esperando tantas horas para ser atendido. E precisa garantir que as pessoas tenham acesso no momento em que elas precisam, com a orientação da equipe claro, com o horário de equipe, de VD, de grupo e etc., que consigam minimamente ser acolhidas.”
Médico do núcleo contemporâneo da UBS A

Já o entrevistado abaixo destaca que a demora no dia é prejudicial também para os trabalhadores e que este foi um fator que levou ao fracasso do modelo em outro serviço do município:

“E quando eu vou pra (UBS B), apesar de lá eu ter agenda pro mesmo dia (...) a reclamação ainda é do tempo de espera, e não só do usuário. A equipe que tá lá. Por exemplo, tem dias que o acolhimento é no período da tarde, ela extrapola às 19 horas, tem equipe que extrapola. Aí os profissionais que ficam lá tão reclamando "eu não consigo ir embora, tem que esperar terminar o acolhimento". Aí, tem essa coisa, tem esses dois lados. Tem o lado muito positivo do acolhimento, que você consegue ouvir o usuário e tentar resolver da melhor forma possível, (...). Mas tem essa (...) questão da demora. E no (bairro de outra UBS do município), foi assim, por isso que não deu certo.”
Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B

Outra entrevistada pondera que a ambiência dos serviços parece inadequada para modelos de acesso como o AE, que demandam que a UBS fique cheia por períodos mais longos:

“Olha, o que não é bom, eu fico pensando na estrutura da UBS. A UBS não comporta tanta gente, o fato das pessoas ficarem no corredor, esperando, isso é muito estressante. Muito! Muito. Muito mesmo. A gente percebe isso em alguns pacientes que chegam pra gente, que às vezes eles já chegam estressados, pelo fato de ficar ali uma hora, duas esperando pra passar. Então, isso, eu acho que não é legal. Eu acho que a gente devia ter, não sei, um espaço maior, ter uma outra dinâmica, assim, de espaço mesmo, né? Porque a UBS acaba sendo pequena, ela não é uma UBS enorme, mas ela acaba sendo pequena pela quantidade de pessoas.” Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A

Assim, observa-se que o tempo de permanência dos usuários no serviço é uma das principais fragilidades do AE, para além do atendimento ainda muito dependente da atuação médica, da ambiência pouco propícia e das fragilidades materiais e culturais da rede.

Quando questionados a respeito do futuro, entretanto, os trabalhadores parecem compreender que o AE iniciou um processo desejável e sem volta:

“Eu acho que pro futuro não tem mais volta, porque acho que é (...) uma ferramenta de trabalho muito importante. (...)” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B

“(...) pelos benefícios e pelos resultados positivos que a gente alcançou até agora, retroceder não dá, isso é incompatível com a dinâmica da (UBS A) (...). Médica do núcleo fundador da UBS A

É perceptível, entretanto, que em seu quarto ano de implantação, o projeto já começa demandar alguns ajustes:

“O futuro, acho que vai ser um refinamento do que é o acolhimento né, a gente ainda tem muitas coisas que precisam melhorar. O tempo de espera, (...) passar no mesmo dia é bom, mas esperar algumas horas lá é muito ruim, né? Às vezes, pode ficar lá 4 horas e aí (...) não faz sentido. O manejo desse tempo que a pessoa fica esperando na unidade (...) acho que a gente vai ter que mexer nisso.” Médica do núcleo fundador da UBS A

Algumas falas refletem as movimentações que já se iniciaram nos serviços neste sentido:

“(...) a gente tá vivendo um momento lá, de certa forma, maduro eu acho (...). Conquistamos muita coisa, mas precisamos conquistar mais. (...) acho que tá muito claro que não se deve voltar ao que era antes, mas ir pra frente. Então, acho que a gente tá nesse momento dessa discussão, até pelo fato do território lá ter crescido demais.” Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A

As impressões sobre quais mudanças deveriam ser feitas podem ser observadas nas falas de alguns entrevistados. Alguns destacam a importância de fazer AE todos os dias, bem como ampliar as ofertas de cuidado:

“Olha, o meu projeto, realmente, eu gostaria que tivesse que fazer acolhimento todos os dias (...). Então, (o paciente teria que) vir de manhã e passar naquela mesma data, não no mesmo horário, retornar depois (...), se puder claro né, todo mundo mora pertinho acredito que dê. O sonho é esse. E ter esses retornos para grupos de orientação. O enfermeiro ama grupo, a gente adora falar (...) é o nosso cuidado isso. (...) Então, o meu projeto é esse: retomar grupo(...) e dar o acesso diário (...). Ter esse acesso bem amplo mesmo.” Enfermeira do núcleo fundador da UBS B

Outros destacam como outras tecnologias podem auxiliar na organização do acesso:

“A questão do prontuário eletrônico, eu acho que precisaria muito e talvez pensar em outras alternativas até, (...) agendamento por telefone (...) ou por e-mail. Isso em áreas que são vulneráveis, em que as pessoas têm menos acesso talvez não adiante tanto, mas são questões talvez que ainda possam ser pensadas” Médica do núcleo contemporâneo da UBS B

A utilização de tecnologias que favoreçam a interface entre o usuário e os serviços à distância, prevalente em outros países, é destacada também por uma das entrevistadas, que lamenta as limitações do SUS nesse sentido e pondera que a melhoria do acesso passa também por estas tecnologias:

“(...) eu lembro do modelo ou da Inglaterra ou do Canadá, que você tem formas diferentes do paciente (...) se comunicar com o médico, do paciente, marcar consulta (...) eu até brinquei outro dia, eu acho que escolhi a profissão certa, no país errado. Eu acho que pro acolhimento como a gente estuda dar certo, tem muito chão.”

Outros entrevistados destacam, entretanto, que para avançar o acesso é necessário equacionar também desafios maiores, como a quantidade de usuários por equipe e a lógica de trabalho da rede. A fala abaixo sintetiza aspectos já trazidos por outros entrevistados e adiciona:

“Eu acho que a gente deveria ter menos pessoas por equipe pra fazer algum tipo de coisa assim. Ter uma rede bem legalzinha. Com mais poder pro médico de família. Porque é isso: eu não consigo encaminhar pra internação uma pessoa (...). Então, a gente precisa de (...) outras opções, que não cuidado médico. Isso precisa ser muito bem trabalhado, porque aqui existe muito essa cultura de só o médico tem o poder, e o conhecimento e o cuidado. E a gente sabe que isso não é verdade. Então, eu acho que pra você ter um acolhimento legal, a gente teria que trabalhar essas coisas também.” Médica do núcleo fundador da UBS B

6 CONCLUSÃO

Ao final deste trabalho, conclui-se que o AE foi produto da ação protagônica de profissionais de saúde que, inseridos em um contexto propício, ousaram desalienar-se para produzir a mudança (CAMPOS, 1998, p. 865). Como descrito no capítulo “O

trabalhador como sujeito”, fazem parte deste contexto fértil o nascente programa de residência de MFC do município, a reunião de diversos atores qualificados para atuar na APS, muitos dos quais com histórico de militância em defesa do SUS, bem como o arcabouço de políticas públicas voltadas para o fortalecimento da atenção básica, gestão participativa e ampliação do acesso desenvolvidas nos últimos vinte anos. Afinal, ainda que os embates e contradições não tenham sido poucos, é corriqueiro identificar, nas falas dos profissionais, reivindicações, mais ou menos diretas, dos preceitos nucleares das políticas citadas para justificar o AE.

Do ponto de vista conceitual, o AE se aproxima tanto do modelo *carve-out* quanto do modelo de acesso avançado, sem ser puramente nem um, nem outro (MURRAY; TANTAU, 2000, p. 46). Interpretando os modelos de acesso como um contínuo, o AE se enquadra em algum ponto entre eles, mais próximo do acesso avançado do que o modelo anterior, também um *carve-out*, porém bastante mais próximo do acesso tradicional. As principais características do AE são: 1) Gestão das agendas por parte da equipe; 2) Vínculo prioritário do usuário com os seus profissionais de referência 3) Reserva majoritária de vagas para atendimento no mesmo dia.

Durante seu processo de implantação, as principais resistências ao AE tinham como pano de fundo diferentes concepções quanto ao papel da APS no Sistema Único de Saúde, como descrito no capítulo “A APS em disputa”. Esta disputa guarda estreita relação com a história das políticas de saúde para a APS no Brasil, com destaque para a programação em saúde, as ações programáticas e o PSF (MOTA; SCHRAIBER, 2011, p. 839-841; FRANCO; MERHY, 2003, p. 99.). A prática profissional em APS sempre foi atravessada por forças antagônicas que ora apontavam da direção da integralidade, ora apontavam na direção da seletividade. Esta tensão esteve, também, presente durante o processo de implantação do AE.

No que se refere às repercussões do AE, de acordo com os achados descritos no capítulo “O acesso na efetivação do direito à saúde”, seus principais resultados parecem ser a redução do tempo de espera para consulta e a promoção de um acesso mais oportuno. A impressão geral dos trabalhadores foi a de que o AE favoreceu o processo de trabalho ao valorizar o papel do enfermeiro na APS, aumentar a capacidade de resposta dos ACSs perante a população e permitir um diálogo mais horizontal e solidário entre a equipe. A qualidade do cuidado, de acordo com os entrevistados, também parece ter sido favorecida pela possibilidade de acesso

oportuno e de retorno, antes prejudicados pelas agendas a perder de vista. No que se refere ao cuidado aos grupos específicos, ação fortemente associada ao papel da ESF, observa-se que alguns destes acabaram por mobilizar estratégias mais específicas de organização da demanda, como as ações de puericultura e pré-natal, enquanto que outras se adaptaram mais naturalmente ao fluxo do AE, como as ações de vigilância à hipertensos e diabéticos.

Persistem como desafios do AE, o ciclo de tempo do usuário dentro do serviço, ou seja, seu tempo de espera para atendimento no dia. As horas de permanência do usuário no serviço são desgastantes para os mesmos e para os trabalhadores, e mimetizam as longas esperas nos serviços de urgência, problema que já foi objeto da atenção dos gestores na última década e trabalhado com medidas que não cabem na APS, como o protocolo de Manchester (CORDEIRO JUNIOR; TORRES; RAUSCH, 2014, p. 3). Na esfera macro, observa-se que apesar do AE apontar na direção da reorientação do modelo assistencial e da promoção da saúde como direito, o mesmo, na prática, segue coexistindo com distorções neste campo, uma vez que a proporção de usuários por equipe ainda é alta, a rede por muitas vezes é insuficiente para abarcar as novas demandas à que se dá acesso através do AE e as ações de saúde ainda são bastante medico-centradas e medicalizadoras.

O limite dos trabalhadores em atender a demanda que lhes é imposta também é alvo de preocupação no contexto do AE. Observamos neste estudo alguns relatos de esgotamento e adoecimento mental, os quais são referidos como associados, se não causados, pela vivência profissional no AE. Não se pode, entretanto, dentro dos limites deste trabalho, estabelecer qualquer nexos causal de forma inequívoca, visto que os índices de burnout em profissionais da APS são bastante altos. Não é possível estabelecer também, através da pouca literatura que existe sobre o tema, se modelos mais próximos do acesso avançado expõem os trabalhadores a uma carga maior de trabalho ou se simplesmente falham em diminuí-la (MORELI; SAPEDI; SILVA, 2015, p. 5)

É discutível se, de fato, “fazer o trabalho de hoje, hoje” se traduz em melhores resultados de saúde e a literatura ainda não tem resposta para isso, o que evidencia uma lacuna a ser preenchida no próximo período. Porém, a maioria das vozes ouvidas neste estudo entende que caminhar nesta direção é positivo e estima para o futuro, seja do ponto de vista do desejo ou da aposta, um aprofundamento do processo.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. spe., p. 182-194, 2014.

ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Regulação da formação de especialistas: inter-relações com o Programa Mais Médicos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 633-667, 2016.

ALMEIDA, R. Estudo de caso: foco temático e diversidade metodológica. *In*: SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO – SESC E CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO – CEBRAP. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Qualitativo**. São Paulo: SESC; CEBRAP, 2016. p. 60-72.

ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, 1992.

ANSELL, D. *et al.* Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2017.

BALASUBRAMANIAN, H. *et al.* Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of pre scheduled appointments. **Health Care Manager**, Hagerstown, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016. p. 1-279.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**: um estudo prospectivo. Brasília, DF: CONASS, 2003. 244 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Poder Executivo, 2010a. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 82 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 5 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento De Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. 143 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 5 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009, 41 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf. Acesso em: 10 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 104 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

CAMPOS, G. W. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. spe., p. 252-264, 2014.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; INSTITUTO DATAFOLHA. **Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde**. Brasília, DF: CFM, 2015. 80 p.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. São Bernardo do Campo, SP: Prefeitura de São Bernardo do Campo, 2014. 115 p.

CORDEIRO JUNIOR, W.; TORRES, B. L. B.; RAUSCH, M. C. P. **Sistema manchester de classificação de risco**: comparando modelos. Belo Horizonte, MG: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2014. p. 1-16.

DEGANI, N. Impact of advanced (open) access scheduling on patients with chronic diseases. **Health Technology Assessment**, Rockville, v. 13, n. 7, p. 1-48, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (org.). **Planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-42.

EASTON, G.; BAKER, R. Seven Days a Week, 8 AM to 8 PM Improving Access to National Health Service Primary Care. **Journal of Ambulatory Care Management**, Hagerstown, v. 38, n. 1, p. 16-24, 2015.

FERNANDES, A. P. P. *et al.* A percepção das famílias sobre a organização da Atenção Primária à Saúde da criança. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 1, p. 56-62, 2014.

FINKLER, A. L. *et al.* O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548-553, 2014.

FORD, J. *et al.* Weekend opening in primary care: analysis of the General Practice Patient Survey. **British Journal of General Practice**, London, v. 65, n. 641, p. 792-798, 2015.

FOURNIER, J. *et al.* Implementation of an advanced access scheduling system in primary healthcare: one clinic's experience. **Healthcare quarterly**, Toronto, v. 60, n. 4, p.60-64, 2015.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. *In:* MERHY, E. E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J. *et al.* (org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

GHOROB, A.; BODENHEIMER, T. Three building blocks for improving access to care. **Family Practice Management**, Kansas City, v. 20, n. 5, p. 12-17, 2013.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 1-21, 2017. Supl. 2.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In:* GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 575-625.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados?** Rio de Janeiro: Cebes, 2012. p.1-96.

GUSSO, G.; POLI NETO, P. Gestão da clínica. *In:* GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 205-213.

GUSSO, G.; FALK, J. W.; LOPES, J. M. C. Medicina de família e comunidade como especialidade médica e profissão. *In:* GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 11-19.

KAPLAN, G. Health care scheduling and access a report from the IOM. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 314, n. 14, p. 1449-1450, 2015.

KIRAN, T.; O'BRIEN, P. Challenge of same-day access in primary care. **Canadian Family Physician**, Willowdale, v. 61, n. 5, p. 399-400, 2015.

LIMA, J.P.C. *et al.* Estudos de caso e sua aplicação: proposta de um esquema teórico para pesquisas no campo da contabilidade. **Revista de Contabilidade e Organizações**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 14, p. 127-144, 2012.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Consulta e abordagem centrada na pessoa. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 132-143.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Princípios da medicina de família e comunidade. *In*: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 1-11.

MEDICI, A. **São Bernardo do Campo 200 anos depois**: a história da cidade contada por seus protagonistas. São Bernardo do Campo: PMSBC, 2012. p. 1-320.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, 2003.

MINAYO, MCS. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 70-80.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: DESLANDES, S. F. *et al.* **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. p. 1-80.

MORELLI, S. G.; SAPEDE, M.; SILVA, A. T. C. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, 2015.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Family Practice Management Journal**, Leewood, v. 7, n. 8, p. 45-50, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems**. Genebra: OMS, 2001. p. 10-45.

PENNA, C. M. D. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. D. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 815-822, 2014.

PINTO, H. A. *et al.* Avaliação da Atenção Básica: a ouvidoria ativa como estratégia de fortalecimento do cuidado e da participação social. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 15-26, 2015.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. Coordenação do Acesso e Vínculo. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. 29 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. **Atenção Básica**, São Bernardo do Campo, 2017. Disponível em: <http://www.saobernardo.sp.gov.br/web/sbc/atencao-basica>. Acesso em: 11 dez. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Comissão De Residência Médica. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. **Manual do Residente em Medicina de Família e Comunidade - R1**. São Bernardo do Campo: PMSBC, 2017. 25 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA E GESTÃO DO CUIDADO. **Política Municipal de Atenção Básica de São Bernardo do Campo - Documento Norteador**. São Bernardo do Campo, SP: PMSBC, 2014. 51 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado. **Boletim de informação em saúde número 8**. São Bernardo do Campo: PMSBC, 2017. 121 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. São Bernardo do Campo, SP: PMSBC, 2017. 27 p.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-15, 2017.

RIBEIRO, J. P. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 1-11, 2015.

RODRIGUES, J. B. **O Acolhimento na Atenção Básica**: desafios e avanços no município de São Bernardo do Campo - SP. 2017. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Secretaria de Estado da Saúde, Instituto de Saúde, São Paulo, 2017.

RODRIGUEZ, H. *et al.* The use of enhanced appointment access strategies by medical practices. **Medical Care**, Philadelphia, v. 54, n. 6, p. 632-638, 2016.

SANTO, M. A. S. Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 91, p. 39-44, 2012.

SILVA, M. Z. N. D.; ANDRADE, A. B. D.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. 103, p. 815-816, 2014.

SINGH, P. Lessons learned from an advanced access trial within a canadian armed forces primary care clinic. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 19, n. 4, p. 63-68, 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2001. 710 p.

TARGA, L. *et al.* Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 292-294, 2014.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, 2014.

TINKLER, S. *et al.* Offers of appointments with nurse practitioners if a requested physician is unavailable. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, Malden, v. 29, n. 4, p. 209-215, 2017.

TRINDADE, T. G.; BATISTA, S. R. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2667-2669, 2016.

TSENG, A. *et al.* Implementation of Advanced Access in a Family Medicine Residency Practice. **Journal of Medical Practice Management**, Baltimore, v. 31, n. 2, p. 74-77, 2015.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 1-205.

APENDICE A

Anexo X - Quadro resumo das características dos sujeitos entrevistados na primeira etapa						
Sujeito	Formação	Vivência estudantil	Relação com o SUS	Relação com o campo	Relação com o tema	
Médica do núcleo fundador da UBS A	<p>“Eu sou médica de família e comunidade (...) eu me formei na Federal de Santa Catarina. Aí eu vim pra São Paulo, trabalhar já na saúde da família. Fiz especialização na Saúde da Família pela UNA-SUS / UNIFESP. Depois eu fiz o mestrado em Saúde Coletiva na UNIFESP. E fiz a prova de título em 2015. Título de Especialista de Medicina de Família e Comunidade.”</p>	<p>“(...) desde a época do movimento estudantil eu já estava bastante envolvida na discussão sobre o direito à saúde, sobre a construção do sistema único de saúde, eu só trabalhei no SUS, até hoje”</p>	<p>“(...) desde a época do movimento estudantil eu já estava bastante envolvida na discussão sobre o direito à saúde, sobre a construção do sistema único de saúde, eu só trabalhei no SUS, até hoje”</p>	<p>“(...) desde a época do movimento estudantil eu já estava bastante envolvida na discussão sobre o direito à saúde, sobre a construção do sistema único de saúde, eu só trabalhei no SUS, até hoje e o direito à saúde e também essa motivação de formar médicos de família, que é o processo da residência, essa motivação de formar médicos qualificados para também trabalhar no SUS, essa é a minha motivação. Agora, a gente não sabe como vai ser a vida né? É muito difícil trabalhar no SUS, não tem plano de carreira né? As coisas são bastante dinâmicas do ponto de vista das políticas, ainda que seja uma política de Estado, depende bastante dos municípios, então às vezes a gente acaba circulando entre diferentes municípios, mas minha relação com o SUS é uma relação não só de trabalho, mas de compromisso político, de compromisso ético com a vida das pessoas (...)”</p>	<p>“(...) aí a (coordenadora do PRM-MFC-SBC), que foi desde aquele momento chamada para coordenar o nascente programa de residência em medicina de família e comunidade no município de São Bernardo, me chamou para ir pra São Bernardo fazer isso: ser médica lá e ser preceptora. Então esse foi o convite, foi por isso eu fui pra São Bernardo. Eu fui com essa missão de compor o primeiro time de preceptores da residência, da qual eu tenho muito orgulho, porque é muito legal o processo (...)”</p>	<p>“Então, Diadema (município em que a entrevistada trabalhou anteriormente) foi uma coisa muito louca, né? (...) .nessa experiência que a gente teve, enquanto médicas que se identificavam com a medicina de família, com atenção primária, com o SUS (...) essa oportunidade de discutir os processos, a gente tinha muito apoio da gestão também pra pensar essas coisas e tentar implementar algumas mudanças (...) Mas a gente basicamente .desenvolveu um dispositivo de acesso da população, que era a mesma hora todos os dias (...) quem chegasse podia passar aquele dia, acho que a gente chegou a fazer por limite de senhas, tinha época que não tinha, mas enfim, rapidamente uma agenda que ficava pra sei lá quantos meses, você conseguia ter vaga para mesma semana (...)”</p>
Médica do núcleo fundador da UBS B	<p>“(...) então eu tava em dúvida se eu ia fazer MFC ou clínica e acabei ficando um ano trabalhando e depois prestei MFC de novo. Na verdade, eu tinha</p>	<p>“Me formei na UNIFESP. Sempre fui envolvida com movimento estudantil, que acho que possibilitou a minha entrada na medicina de família,</p>		<p>“Ah! Então, eu terminei a residência e aí voltei pra SP, porque eu fiz em Campinas, então voltei pra SP (...) (cheguei em São Bernardo em) 2013 (...) final do ano a (coordenadora do</p>	<p>“Eu sempre gostei muito dá ideia do acolhimento (...). Então, eu acabei fazendo o TCC, a pesquisa Quali, mas identifiquei algumas questões, problematizei isso pra equipe,</p>	

	passado, aí eu não fiz e depois prestei de novo e falei: Gente! Só falta não passar, né? Mas aí deu certo! Aí eu fui, fiz residência na UNICAMP”	porque se fosse pela Faculdade eu não teria nada.”		PRM-MFC-SBC) me ligou, falando que iam começar residência de MFC em São Bernardo e se eu topava entrar e ficar com residente (...)”	mas era uma questão meio: ‘Aí. Isso é difícil, porque não dá pra mudar, porque enfim...’ aí, enfim. Mas é uma coisa que sempre tive interesse. Mesmo em São Paulo, quando eu trabalhava antes de fazer a residência (...)”
Médico do núcleo contemporâneo da UBS A	“Eu me formei em medicina na Faculdade de Medicina da USP e logo em seguida eu já prestei residência e fiz a residência de medicina de família e comunidade em São Bernardo, pela Prefeitura de São Bernardo. Me formei...terminei a residência em fevereiro de 2017 e já comecei março como preceptor da mesma residência.”		“(...) o contato que eu tive com o SUS foi desde cedo. Apesar dos meus pais trabalharem, foi sempre o principal acesso à saúde que a gente teve. Minha mãe, quando teve o emprego de professora da rede estadual, acabou tendo também o convênio do IAMSPE, que também utiliza a rede SUS, a rede pública pra funcionar, enfim. Esse convênio com o IAMSPE também utilizei ao longo da vida, mas desde muito cedo eu já entendia que o SUS era, ou pelo menos a proposta de SUS era, uma proposta de um sistema de saúde que racionalizasse os serviços de saúde para melhorar a vida, melhorar as condições de saúde da população. (...) essa ideia se fortaleceu bastante durante o tempo de faculdade. Principalmente, quando eu comecei a entender que há algumas limitações do sistema único de saúde que não era(m) necessariamente inerente(s) ao sistema, mas também de certa forma produzidas para serem dessa forma. Então, algumas dificuldades do SUS sendo produzidas pra justificar uma série de outras ações, uma série de outras políticas. Então, desde a época da faculdade eu tenho discutido bastante o funcionamento do sistema de saúde brasileiro e suas diversas facetas.”	Associa sua ida para o município aos programas de residência de medicina de família e comunidade.	“Do ponto de vista acadêmico, em relação ao acesso não. (...). Durante a graduação eu debatia bastante a questão da dupla porta, que também é um debate sobre acesso (...). Nesse sentido, estudei acesso nesse escopo dessas perversões, que seria essa dupla porta e etc., mas modelos específicos não. Isso eu fui conhecer melhor na residência mesmo. Enquanto usuário eu tive uma percepção bastante ruim. Bom, aqui em São Paulo, depois não tinha mais acesso ao IAMSPE e quando eu dependia do SUS, via o acesso natural de uma pessoa, quase nunca consegui. Ou me frustrava muito ou era difícil o suficiente de me fazer desistir ou, então, me levava a situações bastante humilhantes (...)”

<p>Médica do núcleo contemporâneo da UBS B</p>		<p>“(…) E no segundo ano comecei a participar da liga da saúde da família, (…) depois comecei a participar do Congresso, entrar em contato com outros acadêmicos e aí a gente começou a pensar numa possibilidade de formar uma Associação da liga da saúde da família e aí foi. Aí eu comecei a ver que era isso que eu queria pra minha vida e tal. Tanto que depois, durante a própria faculdade, eu quis fazer uma Iniciação Científica, que fosse voltada pra atenção primária e (isso) aí me possibilitou entrar em contato com muitas mais pessoas (...). Aí eu fiz uma Iniciação Científica pela FAPESP (...), pra entender os problemas, como os profissionais da atenção primária lidavam com os problemas sociais da população”</p>		<p>“Aí depois me formei, fui trabalhar em Diadema e depois fui pra São Bernardo (...) Eu cheguei no ano passado (2017) na (UBS B), já tava em São Bernardo já fazia uns 3 anos eu acho mais ou menos. Já tinha passado por outras 2 UBSs. Uma tinha residência e a outra tinha internato. Eu fui me aproximando cada vez mais com o ambiente de trabalhar com a residência mesmo.”</p>	<p>“E lá na UBS onde eu trabalhei (em São Bernardo do Campo) (...) não tínhamos acolhimento, não tínhamos um acesso que gostaríamos. Na verdade, o agendamento tinha dois formatos. Um era na verdade o acolhimento conforme as queixas e aí eram absorvidas normalmente a maior parte delas. E o outro era o acolhimento que o enfermeiro fazia pra agendamento. E, às vezes, a gente acabava absorvendo no mesmo dia, mas normalmente isso era agendado pelo enfermeiro e aí deixavam as consultas cada vez um tempo maior de espera. Às vezes, por alguns meses. E eu achava que a gente não tinha muito autonomia lá nessa UBS, não tinha muita possibilidade de discussão com os profissionais. Não tinha reuniões técnicas, por exemplo. E aí acaba ficando muito engessado nosso trabalho.”</p>
<p>Enfermeira do núcleo fundador da UBS A</p>	<p>“(…) quando eu prestei o concurso eu vi que era pra atenção primária, mas eu não tinha noção de como era. Não sabia como era ser enfermeira de saúde da família eu só tinha conhecimento de hospitalar. E eu fui aprendendo aos poucos e estudando, porque aí eu fui fazer também a especialização pelo UNASUS, que aí foi dar uma clareada no que eu podia fazer e qual era o meu papel dentro da equipe, da Unidade.”</p>			<p>“Aí depois que eu vim pra cá, pra São Bernardo, em 2013 (...) eu tinha prestado o processo seletivo aqui em São Bernardo, aí acho que tinha quase dois anos, que já ia vencer já. Aí eles me chamaram (...) eu entrei em julho de 2013”</p>	<p>“Lá no Taboão (município em que a entrevistada trabalhou anteriormente) eu fazia acolhimento. Só que lá era assim, (...) todo mundo passava pelo acolhimento com o enfermeiro. E a gente não era acolhimento, era triagem. (...) só que não tinha como passar na hora, porque os médicos não tinham agenda disponível pra passar na hora. Então, todo mundo de todas as equipes passava com o enfermeiro. (...) E como a gente tinha muita restrição de fazer as coisas, então nada funcionava (...) E aí (...) um dia lembro que conversei com a (Médica do núcleo fundador da UBS A)</p>

					sobre fazer acolhimento de equipe, por equipe. Aí eu acho que ela tinha uma (experiência) em Diadema, acho que era uma vez por semana, (...) e era mais ou menos nesse estilo. E eu falei como era minha experiência lá no Taboão, aí eu falei que a gente podia melhorar e fazer lá.”
Enfermeira do núcleo fundador da UBS B	“(…) durante esse período todo eu já fiz Graduação na Saúde Pública, especialização em Saúde da Família, docência, fisiologia e acho que só. Fiz uns cursinhos de extensão aí pra preceptoria. E é isso.”		“Não. Realmente (o SUS) não foi o ‘que aconteceu’. Uma das possibilidades na faculdade, um dos objetivos era primeiro psiquiatria, adoraria trabalhar, não consegui. A segunda opção seria realmente saúde pública, digamos assim. Eu me identifiquei bastante durante a graduação (...) e tive a oportunidade de vir e amei. Me apaixonei, tanto que estou me especializando cada vez mais (...) então, realmente, aconteceu de aparecer o concurso, mas já era uma das opções mesmo vir para Saúde Pública.”	“Me formei em...há 19 anos, tá? Há 18 estou aqui na Prefeitura de São Bernardo do Campo. Sai da faculdade e fui fazer psiquiatria, que era o sonho da minha vida, fiquei 6 meses no hospital psiquiátrico, quase fiquei louca...Vi que não dava certo, que não tinha política de saúde nenhuma na época. Tive a oportunidade de fazer o concurso aqui, passei e entrei pra trabalhar em PACS, O Programa de Agentes Comunitários de São Bernardo. Fui a pioneira do PACS”	
Gestor do núcleo fundador da UBS A		“Sou psicólogo de formação, me formei em 2003, já na Universidade eu comecei uma relação com o movimento estudantil de área, onde eu inclusive conheci o pessoal da DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) e assim por diante, fui representante pelo movimento nacional estudantil da psicologia e era representante na FENEX (Fórum nacional de executivas). Não sei se a FENEX existe ainda.”			“Em seguida eu fui convidado pra ser gestor em São Bernardo em 2009 (...) eu era o assistente de gestão da atenção básica.”
Gestor do núcleo contemporâneo da UBS A	“(…) eu sou enfermeiro de formação. Me formei no município de Lorena, no Vale do Paraíba, interior de São Paulo, próximo de Aparecida no ano de 2009. (...)”			“Me formei no município de Lorena, no Vale do Paraíba, interior de São Paulo, próximo de Aparecida no ano de 2009. Depois da minha formação eu	“Quando eu fui pra atenção básica, trabalhar na atenção básica, que eu me empoderei um pouco mais nessas discussões, porque na verdade,

	<p>cheguei a fazer especialização em docência, especialização em saúde da família e terminei, em 2016, o mestrado profissional em atenção primária a saúde, pela escola de enfermagem da USP.”</p>			<p>prestei o processo seletivo pra enfermeiro da estratégia da saúde da família de São Bernardo do Campo no meu último ano da faculdade, onde eu vim pra São Bernardo. Então, no dia 4 de janeiro de 2010 eu cheguei em São Bernardo do Campo. Logo recém-formado.”</p>	<p>a gente discutia com o município. E a gente acabou por entender um pouco mais esse arcabouço teórico do acesso, ainda de uma maneira um pouco sucinta (...). Começou a entrar na discussão de escuta qualificada, de fazer triagem biológica, classificação de risco por cor, começou nessa questão dessa classificação, da escuta qualificada ser feita por outros profissionais e não só pela enfermagem. Então, minha experiência com acesso foi muito isso. De estudar a demanda espontânea, de entender a característica daquele território, de pessoas que estão vindo passar no acolhimento, que a partir daí você pode pensar em algumas intervenções</p>
<p>Gestor do núcleo contemporâneo da UBS B</p>	<p>“Tenho 38 anos. De formação eu sou fisioterapeuta. Eu formei na PUC Minas, em Poços de Caldas, em 2003. Aí saí de lá e fui, trabalhei quase 2 anos numa clínica de ortopedia e aí eu fiz a prova pra residência em saúde da família lá no Santa Marcelina. Aí passei e fiz a residência, que é a residência que hoje chama residência multi, lá era só residência em saúde da família. Inclusive na época a residência da medicina era junto, tinha acho que uns 3 ou 4 médicos que faziam com a gente a residência.”.</p>			<p>“Aí fiquei lá até 2007, na residência do Santa Marcelina e assim que eu saí eu fui trabalhar numa equipe de reabilitação no próprio Santa Marcelina na atenção básica. Não era o NASF ainda porque ainda não existia. Mas a configuração era muita semelhante e fazia um trabalho parecido. Aí só em 2008, que vira NASF, aí eu fiquei lá 2007 até 2010. Aí eu fui pra São Bernardo como apoiador e aí fiquei como apoiador do território 9, que é a região lá do Riacho. Em janeiro de 2015, eu virei o gerente lá da UBS (cita outra UBS do município), que até janeiro desse ano, praticamente, que eu assumi (a UBS B) (...).”</p>	<p>“Eu acho assim: o meu contato com o acesso de ir atrás, de ler um pouco e tentar discutir com as equipes, ainda começou lá no apoio. Uma coisa bem no sentido de fazer um diagnóstico do que tentar estratégias.”</p>
<p>Médica Residente em MFC do</p>	<p>“Fiz residência, (...) na realidade, saí da faculdade, (...) fui trabalhar no PSF e aí vi que gostava de</p>			<p>“(...) (sou) médica de família há 5 anos (...). Fiz residência, comecei a fazer na realidade, saí da</p>	<p>“Nunca tinha escutado falar sobre acesso. (...) durante a faculdade os meus professores</p>

núcleo fundador da UBS B	fazer aquilo e aí a (coordenadora do PRM-MFC-CBC) apareceu na minha vida... falando que São Bernardo ia abrir uma residência e aí eu não pensava, nem tinha me programado pra fazer residência (...) Aí, prestei, passei, fiz a residência, terminei.”			faculdade, fui fazer, fui trabalhar no PSF (em São Bernardo) e aí vi que gostava de fazer aquilo (...)”	da saúde coletiva eram médicos de família e foi bem bacana, mas era o modelo dentro da cidade que eu tava, (...) antigo modelo da UBS, né? Então, imagina, o que se falava de acesso era agenda programática, todas aquelas coisas.”
Médico Residente em MFC do núcleo contemporâneo da UBS A	“(...) tenho 26 anos eu sou atualmente R2 da equipe (fundadora da UBS A) do Programa de Residência de Medicina de Família de São Bernardo do Campo. Então, de onde é que eu vim? Então, eu me formei na Bahia, na Universidade Federal da Bahia, como eu formei no meio do ano de 2016, eu ainda tive um tempo para trabalhar antes na residência e optei em trabalhar na emergência, porque como eu já queria trabalhar na medicina de família, eu quis ter outras experiências. Eu trabalhei bem pouco na emergência, porque eu odiei. (...) E foi isso assim, de experiência profissional. Aí depois eu fiz as provas de residências e vim, decidi vir pra São Bernardo.”	“Diante da minha experiência Universitária, eu tive a chance de conhecer e participar do movimento estudantil e, através disso, fui incluído no debate do que é saúde, pra quem fazer saúde e o SUS surgiu nesse contexto. Então, de entender que a saúde que eu queria fazer era uma saúde coletiva, de acesso universal.”	“Nunca tive muita perspectiva da saúde privada. Então, o SUS foi de fato uma opção e continua sendo, assim, a minha pretensão de atuação profissional, pra futuro.”	Associa sua ida para o município ao programa de residência de medicina de família e comunidade.	“Eu tive (contato com o tema do acesso) dentro deste contexto de movimento estudantil, de já querer fazer medicina de família. A gente lá na faculdade até criou uma liga de atenção primária que era uma galera que queria fazer isso e queria se aprofundar. (...) E, se não me engano, na Liga, teve um momento em que a gente discutiu essa questão do acesso e das possibilidades, mas nunca tinha sido nada tão aprofundando, (...). Então, eu tinha uma ideia dessa coisa (...). Eu sabia do acolhimento enquanto estratégia da atenção primária e enquanto uma postura, mas não da forma como se concretizou aqui em São Bernardo. E aí já tinha ouvido falar em acesso avançado e de agenda tradicional. Aí esses eram os dois modelos de acesso que eu conhecia (...).”
Enfermeira Residente em Saúde da Família do núcleo contemporâneo da UBS A	“Tenho 25 anos. Eu sou enfermeira, formada na UNIFESP, em 2016. (...) sou residente de enfermagem na UBS A, pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.”	“Eu entrei na UNIFESP, eu participei de vários projetos de extensão, que envolviam tanto a atenção primária, ligas acadêmicas que trabalhavam com crianças, com pessoas de situação de rua, enfim. (...) E aí, eu acho que foi o que acabou me levando (para onde estou) hoje, na atenção primária.”	“(A história do SUS em minha vida). É uma história bonita, eu acho (risos). A minha primeira aula na faculdade foi de saúde coletiva. E aí eu tinha uma professora muito, muito boa, que contou a história do SUS e aí eu fiquei encantada e falei: “É isso que eu quero!”	associam sua ida para o município ao programa de residência multiprofissional em saúde da família	

ANEXO A - ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DO NÚCLEO FUNDADOR DA UBS A E B

Identificação
Qual é o seu nome, idade, cargo e núcleo profissional de origem?
Trajetória de formação
Em que universidade você se graduou? Em que ano? Possui formação complementar? Qual?
Trajetória de Profissional
Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde. Você está atualmente trabalhando no SUS? Por quanto trabalhou/trabalha no SUS? Sempre trabalhou na APS/ESF?
Relação com o município de São Bernardo do Campo
Conte-me sobre sua relação com São Bernardo do Campo. Que contexto o trouxe para o município?
Relação com o serviço
Explique qual era o seu papel na equipe (Cristal/Margarida) no começo de 2014, quando o acolhimento por equipe foi implantado.
Relação com o PRM-MFC-SBC
Qual era seu papel dentro do PRM-MFC-SBC em 2014?
Relação com o AE
Conte-me a história da implantação do AE em 2014. Como era o serviço antes do AE? Qual foi a sua participação neste processo? Que sujeitos você reconhece como significativos neste momento inicial? Quais foram as suas principais motivações para se envolver neste processo? Quais foram as principais dificuldades que enfrentou? Você consegue descrever a trajetória do usuário dentro do serviço antes e depois do AE?
Lembra de algum caso, paciente ou situação que ilustre a rotina do serviço antes e/ou depois do AE?
AE x Processo de Trabalho
Você acredita que o AE teve algum impacto no seu processo de trabalho individual, no processo de trabalho da equipe e/ou do serviço? Se sim, qual/quais? Como vocês os avalia, positivamente ou negativamente? Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)? Se você está envolvido em algum processo de formação dentro do serviço, identifica que o AE influencia nos processos educacionais do serviço? De que forma? Pode dar algum exemplo que ilustre isso?
AE x Qualidade do cuidado
Você acredita que o AE teve algum impacto na qualidade do cuidado prestado ao usuário? Se sim, qual/quais? Como vocês os avalia, positivamente ou negativamente? Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)? Como você percebe que o AE impacta no cuidado às pessoas com 1) Queixas Agudas 2) Problemas Crônicos 3) Ações programáticas. Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)?
AE X Futuro
Comente sobre o que você acredita que é o futuro do AE, em termos da sua existência, do que pode melhorar ou mudar

ANEXO B: ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DO NÚCLEO CONTEMPORÂNEO DA UBS A E B

Identificação
Qual é o seu nome, idade, cargo e núcleo profissional de origem?
Trajetória de formação
Em que universidade você se graduou? Em que ano? Possui formação complementar? Qual?
Trajetória de Profissional
Conte-me um pouco sobre sua trajetória profissional na área da saúde. Você está atualmente trabalhando no SUS? Por quanto trabalhou/trabalha no SUS? Sempre trabalhou na APS/ESF?
Relação com o município de São Bernardo do Campo
Conte-me sobre sua relação com São Bernardo do Campo. Que contexto o trouxe para o município?
Relação com o serviço
Explique qual é o seu papel na equipe (Cristal/Margarida) atualmente.
Relação com o PRM-MFC-SBC
Explique qual é o seu papel dentro do PRM-MFC-SBC atualmente.
Relação com o AE
Conte-me a sobre a sua relação atual com o AE. Qual é o seu papel dentro do AE? Você consegue descrever a trajetória do usuário dentro do serviço a partir do AE? Sabe como era antes do AE? Lembra de algum caso, paciente ou situação que ilustre a rotina do serviço antes e/ou depois do AE?
AE x Processo de Trabalho
Você acredita que o AE teve algum impacto no seu processo de trabalho individual, no processo de trabalho da equipe e/ou do serviço? Se sim, qual/quais? Como vocês os avalia, positivamente ou negativamente? Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)? Se você está envolvido em algum processo de formação dentro do serviço, identifica que o AE influencia nos processos educacionais do serviço? De que forma? Pode dar algum exemplo que ilustre isso?
AE x Qualidade do cuidado
Você acredita que o AE teve algum impacto na qualidade do cuidado prestado ao usuário? Se sim, qual/quais? Como vocês os avalia, positivamente ou negativamente? Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)? Como você percebe que o AE impacta no cuidado às pessoas com 1) Queixas Agudas 2) Problemas Crônicos 3) Ações programáticas? Pode dar exemplos que ilustrem esse(s) impacto(s)?
AE X Futuro
Comente sobre o que você acredita que é o futuro do AE, em termos da sua existência, que pode melhorar ou mudar

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO o(a) Senhor(a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Acesso à atenção primária à saúde: a experiência do acolhimento por equipe em São Bernardo do Campo de 2014 a 2018.” que será desenvolvido por mim, Diângeli Soares, com orientação da Prof. Ellen Rose Castanheira e orientação da Prof. Luciana Parenti, da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

Trata-se de um estudo de caso que tem por objetivo analisar o acesso dos usuários a Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) nas UBS União e Orquídeas do Município de São Bernardo do Campo, São Paulo, a partir da implantação do Acolhimento por Equipe.

O tempo previsto para a aplicação desta entrevista instrumento é de aproximadamente 60 min.

Os registros desta entrevista serão analisados de forma confidencial e sigilosa, e, seguindo os preceitos da ética em pesquisa, conforme resolução CNS 466/2012 em nenhum momento haverá a identificação da pessoa entrevistada em relação ao conteúdo analisado e descrito.

Não há riscos para as participantes, sendo o único prejuízo identificado o dispêndio do tempo para participar deste estudo e, os benefícios são de contribuir para o entendimento dos aspectos relevantes do acesso à APS no contexto do SUS.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo em sua atuação profissional.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao(a) Senhor(a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das

8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

São Bernardo do Campo, São Paulo, ____ / ____ / ____

Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Nome: Diângeli Soares (Pesquisadora)

Endereço: Rua dos Industriários, 17, São Bernardo do Campo Telefone: 11 98106 5463

E-mail: dsoares08@gmail.com

Nome: Ellen Rose Castanheira (orientadora)

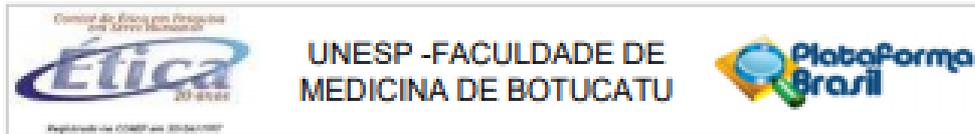
Endereço: Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. UNESP Botucatu-
SP Telefone: (14) 3880-1001

E-mail: elenrochalodeiro@gmail.com

Nome: Luciana Parenti(orientadora)

Endereço: Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. UNESP Botucatu-
SP Telefone: (14) 3880-1001E-mail: luparenti@gmail.com

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO POR EQUIPE DE 2014 A 2018.

Pesquisador: DIANGELI SOARES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82411618.5.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.498.967

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa aborda aspectos relacionadas à implantação de programa de "acolhimento por equipe" (AE) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de São Bernardo do Campo -SP. A questão básica é saber se os profissionais de saúde destas UBSs que participaram do processo de implantação do AE entendem que houve melhora na atenção à saúde dos usuários/pacientes. A metodologia implicará na adoção da Pesquisa Ação, a ser desenvolvida em três etapas: 1 - exploração do ambiente; 2 - seminários com os participantes (profissionais da saúde) e 3- coleta de dados das UBSs. A amostra humana será de 15 profissionais, distribuídos entre médicos, enfermeiros, médicos e enfermeiros residentes e gestores que participarão dos seminários e serão entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo básico é "Analisar como o "Acolhimento por equipe" (AE) influenciou na qualidade do cuidado e no processo de trabalho segundo a percepção dos trabalhadores"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são insignificantes. Os benefícios, em tese, encontram-se em possível melhorar da atenção aos pacientes.

Endereço: Chácara Balignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1800 E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 2.488.967

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo dentro do propostas de Pesquisa Ação com delineamento adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento adequado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicito aprovação pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 05 de fevereiro de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

O Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, informa que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via Plataforma Brasil.

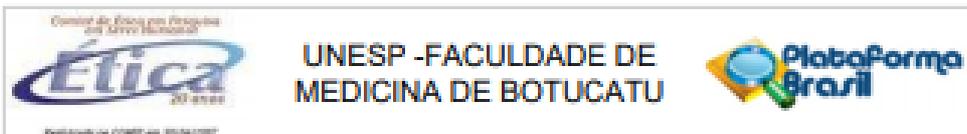
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1060972.pdf	24/01/2018 09:09:00		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Soares_Diangeli.pdf	24/01/2018 09:08:38	DIANGELI SOARES	Aceito
Outros	Viabilidade_Institucional_Unesp.pdf	15/01/2018 08:53:54	DIANGELI SOARES	Aceito
Outros	Termo_De_Anuencia_Institucional.pdf	15/01/2018 08:53:19	DIANGELI SOARES	Aceito
Outros	ciencia_sao_bernardo.jpeg	15/01/2018 08:52:41	DIANGELI SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/01/2018 07:29:34	DIANGELI SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	08/01/2018 07:28:07	DIANGELI SOARES	Aceito

<p>Endereço: Chácara Butignoll, s/n Bairro: Rubião Junior UF: SP Município: BOTUCATU Telefone: (14)3880-1509</p>	<p>CEP: 18.618-970 E-mail: cep@fmb.unesp.br</p>
---	--



Continuação do Parecer: 2.488.967

Ausência	TCLE.pdf	08/01/2018 07:28:07	DIANGELI SOARES	Aceito
----------	----------	------------------------	-----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 19 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador)

Endereço: Chácara Batignoli, s/n
 Bairro: Rubião Júnior CEP: 18.618-070
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1000 E-mail: cep@fmb.unesp.br

