



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONÇALVES SARDINHA

A Reorganização da porta de entrada em uma unidade de saúde da família no município de Maricá/RJ: o acolhimento a partir do olhar da educação permanente.

Niterói

2021

DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONÇALVES SARDINHA

A Reorganização da porta de entrada em uma unidade de saúde da família no município de Maricá/RJ: o acolhimento a partir do olhar da educação permanente.

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientada por:

Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann

Linha de Pesquisa:
Educação e Saúde

Niterói

2021

Ficha catalográfica automática - SDC/BFM
Gerada com informações fornecidas pelo autor

S244r Sardinha, Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves
A Reorganização da porta de entrada em uma unidade de
saúde da família no município de Maricá/RJ : o acolhimento
a partir do olhar da educação permanente / Deborah Rodrigues
de Souza Gonçalves Sardinha ; Leandro Marcial Amaral
Hoffmann, orientador. Niterói, 2021.
89 f.

Dissertação (mestrado profissional)-Universidade Federal
Fluminense, Niterói, 2021.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PROFSAUDE.2021.mp.09930022775>

1. Acolhimento. 2. Educação Permanente. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Produção intelectual. I. Marcial
Amaral Hoffmann, Leandro, orientador. II. Universidade Federal
Fluminense. Instituto de Saúde Coletiva. III. Título.

CDD -

DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONÇALVES SARDINHA

A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente

Dissertação apresentada ao Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – Abrasco/Fiocruz/ISC/UFF como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 24/05/2021

Banca Examinadora

Prof. Dra. Patty Fidelis de Almeida
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr Raphael Dias de Mello Pereira
Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Leandro Marcial Amaral Hoffmann
Universidade Federal Fluminense

Niterói
2021

Dedico este trabalho ao meu pai que com todo o seu amor por mim, incentivou a minha busca pela realização profissional e sempre acreditou que eu me tornaria Mestre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir, na sua infinita misericórdia que eu chegasse até aqui, e a Nossa Senhora por ser a minha intercessora e ter me colocado no seu colo em tantos momentos de angustias e incertezas.

Agradeço a minha mãe, por ser o meu exemplo de amor pela profissão, uma mulher tão guerreira e presente em todos os momentos da minha vida com seu apoio incondicional.

Ao meu marido Rômulo, por ter sido tão compreensivo e cúmplice suportando as minhas irritações e ausências nesses dois anos.

Ao meu pai, que acolheu minhas preocupações e inseguranças, acreditou em mim e comemorou muito cada conquista, tenho certeza que hoje está intercedendo por mim no céu.

A toda a minha família, por tantos momentos de incentivo e envio de energias positivas, e em especial aos meus avôs Eurípedes e Elza trazendo tanto amor aos meus dias.

A todos os meus amigos, em especial aos meus compadres e aos casais da ENS Mãe da Divina Providência, que sempre estiveram na torcida!

Ao meu orientador Leandro Marcial Amaral Hoffmann, por ter aceitado este desafio de forma tão acolhedora durante esses dois anos, onde compreendeu as minhas dificuldades e sempre me incentivou, mesmo nos momentos mais turbulentos dessa minha trajetória.

Ao corpo docente e aos meus colegas de turma do PROFSAÚDE-UFF, por todos os momentos de aprendizado, troca de experiências, qualificação profissional e partilha de vidas que me fizeram encerrar esse ciclo sendo uma medica de família muito melhor.

Aos eternos Valentes, da Clínica da Família aonde fiz a Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, que sempre foram minha inspiração neste caminho do conhecimento.

A Secretaria Municipal de Saúde de Maricá e ao Núcleo de Educação Permanente de Saúde, por me abrirem as portas para a pesquisa de campo, autorizando o meu trabalho na unidade de saúde da família de São José 01.

Aos meus colegas de trabalho do Instituto Gnosis por compreenderem os dias que precisei estar afastada por conta da pesquisa e todo apoio na construção dos dados.

Aos profissionais da unidade de saúde aonde a pesquisa de campo se realizou, por concordarem em participar, expondo as suas opiniões e narrativas tão ricas. E aos usuários desse território, por aceitarem contribuir nos meus questionamentos para entender como ocorre o serviço assistencial e o seu cuidado.

RESUMO

Introdução: O presente estudo analisou o processo de implantação do Acolhimento, através da Educação Permanente, numa Unidade de Saúde da Família do município de Maricá. O momento de forte expansão da Atenção Primária no município estimula a parceria da Coordenação da Atenção Primária com o Núcleo de Educação Permanente, na reorganização da porta de entrada do usuário com foco no acolhimento. A realização de oficinas de educação permanente em uma unidade “piloto” ocorreu com o propósito dos profissionais desenvolverem competências e habilidades tendo a unidade como uma das principais portas de entrada à saúde para o usuário. **Objetivos:** A pesquisa buscou caracterizar como ocorre o acesso do usuário aos serviços ofertados pela unidade e descrever a estruturação do acolhimento baseado na reorganização do processo de trabalho, considerando a percepção dos profissionais de saúde envolvidos bem como a compreensão dos usuários atendidos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso na Unidade de Saúde da Família de São José 01, inserida no 1º Distrito de Maricá, localizado na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Por ser uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, utilizou-se a observação participante e a entrevista semi-estruturada individual com os trabalhadores da unidade de saúde e com os usuários cadastrados no território adscrito. **Resultados:** A valorização da escuta ao usuário através do vínculo construído com o agente comunitário de saúde, as relações interpessoais, a busca constante em reorganizar o processo de trabalho e a garantia de um espaço de escuta qualificada mostraram-se capazes de minimizar os obstáculos enfrentados pelos usuários. Algumas barreiras na coordenação do cuidado merecem reflexão pelas equipes, como: possuir um registro da “lista de espera de consultas” na recepção; o número de consultórios para atendimento da equipe multiprofissional na redução da visão do cuidado centrada no médico; e uma agenda com número fixo de vagas por agente comunitário em contraponto as necessidades dos usuários. Por fim, os profissionais e os usuários ressaltaram a falta de articulação da rede de saúde do município que implica em fragmentação dos fluxos e do cuidado. **Conclusão:** Os resultados deste estudo revelaram o quanto ainda se faz necessário novas estratégias através de educação permanente para repensar os processos de trabalho em consonância com as diretrizes do SUS, e reordenar a Rede de Atenção a Saúde de Maricá através do fortalecimento da Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado.

Palavras - chave: Acesso, Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente

ABSTRACT

Introduction: The main object is to discuss the Access implementation through Permanent Health Education at Family Healthcare Unit in the city of Marica. The Primary Healthcare in Marica has expanded and increased the relation with First Attention with aim of reorganize the entrance for a better access of patients. We had a pilot program about the Permanent Education Access in one Family Healthcare unit aimed to train the employees for developing skills and abilities, with the unit as one of the main gateways to health for the user. **Objective:** This study aimed to analyze the implementation of an Access process through Permanent Health Education at one Family Healthcare Unit in the city of Marica. This research also sought to characterize how the user's access to the services offered by the unit and how to describe an Access Structure based on reorganize the work process. It was based considering the vision of the health professional who were involved and patients that has been treated. **Methodology:** It was based in a study case at Family Healthcare Unit in the First District of Marica located in a second metropolitan area in the State of Rio de Janeiro. For the reason it is a qualitative research with an exploratory and descriptive feature. It used the patient observation methodology and a semi-structured interview with the employees of the unit and patients of above-mentioned district have been used as a working tool. **Result:** The value of attentive listening, the relationship between patient and the health agent and the many attempts to reorganize the work process have been able to minimize the obstacles in this study. However, some structural barriers and burdens requires closer attention by the groups such as: a wait list book in the reception; the number of rooms for multiprofessional group to minimize exclusive medical care through the doctors; and an agenda with a fixed number of vacancies per community agent in consideration to the needs of users. Finally, professionals and patients highlighted the lack of coordination between the municipality's health network and the fragmentation of flows and care. **Conclusion:** This study aimed revealed that new strategies still needed through Permanent Health Education to give a better thought about the work process in line with SUS guidelines. Also reorganize Marica Health Care Network making a stronger Primary Attention as a entry point and coordination point.

Key word: Access, User Embracement, Primary Health Care, Permanent Education

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Abairramento do município de Maricá/RJ.....	26
Figura 2: Vias de Acesso ao município de Maricá/RJ.....	27
Figura 3: Pirâmide etária e distribuição por sexo, segundo os grupos de idade no município de Maricá/RJ – 1991,2000,2010.....	28
Figura 4: População por sexo e cor no município de Maricá/RJ - 2017.....	29
Figura 5: Percentual de domicílios com água, esgoto e coleta de lixo no município de Marica/RJ – 2017.....	30
Figura 6: Fluxo escolar por faixa etária do município de Marica/RJ.....	31
Figura 7: Rede de Atenção à Saúde do município de Maricá/RJ.....	34
Figura 8: Principais causas de mortalidade no município de Maricá em 2017.....	35
Figura 9: Distritos Sanitários do município de Maricá/RJ.....	39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Ampliação da Estratégia de Saúde da Família de Maricá.....	33
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Paciente cadastrados por microárea da USF São José 01, Maricá/RJ.....	45
Quadro 2: Profissionais que compões as equipes da USF São José 01, Maricá/RJ.....	45
Quadro 3: Agenda das Equipes de Saúde da Família da USF São José 01.....	46

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ACE: Agente de Combate a Endemias

APS: Atenção Primária a Saúde

CEP: Comitês de Ética em Pesquisa

ESF: Estratégia de Saúde da Família

EPS: Educação Permanente em Saúde

eSF: Equipe de Saúde da Família

ESB: Equipes de Saúde Bucal

IES: Instituições de Ensino Superior

NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NEPS: Núcleo de Educação Permanente em Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários

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

PMEPS: Plano Municipal de Educação para Saúde

PMS: Plano Municipal de Saúde

PNAB: Plano Nacional de Atenção Básica

PNH: Política Nacional de Humanização

PSF: Programa de Saúde da Família

RAS: Rede de Atenção a Saúde

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO

Durante estes 06 anos atuando como médica da Estratégia de Saúde da Família pude vivenciar, na prática, alguns modelos de acesso e acolhimento ao usuário nas Unidades Básicas de Saúde.

Na Residência Médica, 2013 e 2014, conheci o modelo de Acesso Avançado na Clínica da Família Assis Valente, que consiste em realizar o atendimento ao usuário no mesmo dia em que ele procura a unidade de saúde através da demanda espontânea, otimizando assim o tempo de espera para consultas e aumentando a resolutividade da equipe.

Ao término da Residência, trabalhei no Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá, que antes era uma unidade nos modelos tradicionais de saúde, onde a população cerca de 70.000 pessoas era atendida por diversos especialistas (Clínico Geral, Ginecologista, Obstetra, Pediatra, Cardiologista, Endocrinologista). A unidade incorporou recentemente a Estratégia de Saúde da Família, ficando com uma configuração mista onde cerca de 16.000 pessoas possuíam território adscrito pelas 04 Equipes de Saúde da Família, e quase 50.000 pessoas ainda mantinham acompanhamento pelo modelo tradicional.

Durante os três anos em que trabalhei como Médica de Família nesta unidade realizei diversas discussões de processo de trabalho, através da Educação Permanente, a fim de encontrar um modelo de Acolhimento que permitisse realmente acesso ao usuário à sua equipe. Foi definido um modelo em que existiam as consultas programadas por linha de cuidado, mas também acontecia o atendimento à demanda espontânea pela equipe de enfermagem com a realização de consulta médica no mesmo dia.

A partir desta reflexão inicial, posso dizer que vivenciei diferentes modelos de acolhimento ao usuário.

Em 2019, ingressei no Mestrado Profissional do PROFSAUDE, onde através das aulas presenciais e do estudo teórico, fui despertando reflexões, à luz das políticas públicas de saúde, sobre a atenção integral, a gestão do cuidado e a importância da educação em saúde.

Na Estratégia de Saúde da Família de Maricá, onde atualmente exerço cargo de Gestão, venho percebendo fragilidades no modelo de acolhimento ao usuário, comprometendo o acesso, o cuidado integral e na coordenação deste cuidado.

Assim como, vivencio o esforço dos gestores municipais e trabalhadores na construção e melhoria da Atenção Primária a Saúde no município de Maricá, não só na ampliação do acesso, mas também na qualificação do mesmo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SAÚDE.....	18
2.3 ACOLHIMENTO.....	20
2.4 AS INTERFERÊNCIAS DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 NA APS.....	22
2.5 A SITUAÇÃO DE SAÚDE EM MARICÁ.....	26
2.5.1 Os principais indicadores de desenvolvimento humano de Maricá.....	28
2.5.2 A construção da Rede de Atenção à Saúde de Maricá.....	32
3 METODOLOGIA	38
3.1 DESENHO DE ESTUDO.....	38
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	38
3.3 TÉCNICAS DE PESQUISA E ANÁLISE DE DADOS.....	40
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ACOLHIMENTO.....	43
4.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: Estrutura, Recursos e Cobertura Territorial.....	43
4.2 ORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO E O ACOLHIMENTO.....	45
4.3 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	48
4.4 ENTREVISTAS COM OS USUÁRIOS.....	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista para Profissionais de Saúde.....	71
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Entrevista para o Usuário.....	74
APÊNDICE C – Roteiro para Observação Participante	77
APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com o profissional de saúde.....	78
APÊNDICE E – Roteiro para entrevista com o profissional de saúde.....	79
APÊNDICE F – Fluxograma Descritor do Acolhimento na USF São José 01.....	80
ANEXOS.....	83

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas. A Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, reafirmou a saúde como um direito humano universal (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

No Brasil, a Constituição da República de 1988, dois anos após a VIII Conferência Nacional de Saúde, anunciou as garantias para sistematizar as ações e os serviços de saúde inscritos pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da assistência em um Sistema Único de Saúde (SUS) (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

O artigo 8º do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (ALVES et al., 2014).

Estudos apontam que a Atenção Primária a Saúde (APS) tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população e deve conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OMS, 1978; STARFIELD, 2002).

O acolhimento ganha destaque no discurso oficial do Ministério da Saúde em 2003 se configurando como uma das diretrizes de maior relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) para operacionalização do SUS. A PNH propõe o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças estruturais na forma de gestão para ampliar os espaços democráticos de discussão, de escuta e de decisões coletivas (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

Segundo Franco, Bueno, Merhy (1999), o acolhimento contempla os seguintes princípios: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Cabe ressaltar que implantar acolhimento a demanda espontânea para facilitar o acesso do usuário a sua Equipe de Saúde da Família (eSF), requer (re)avaliação das relações interpessoais dos trabalhadores e da visão que a equipe tem do que é oferecer cuidado.

Apesar da APS ser reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, o acesso pode ser dificultado quando o acolhimento é usado como barreira ao acesso, pela falta de recursos humanos e dificuldades em dar seguimento ao tratamento (CAMPOS, et al. 2014).

A busca por equidade e qualidade vai além de organizar o acolhimento por senhas ou realizar uma triagem para o atendimento dos que chegam à unidade procurando pelo médico. A equipe de saúde da família precisa refletir sobre o conjunto de ofertas que ela pode apresentar, sem ser médico centrado, qual o papel de cada profissional na escuta e acolhimento ao usuário, ampliando através de Educação Permanente a capacidade clínica e o reconhecimento de vulnerabilidades.

Diante do crescimento e expectativa populacional para este triênio 2018-2021, o município de Maricá, em conformidade com as diretrizes do SUS, tem como meta o estabelecimento de estratégias de ação para assegurar a melhoria da qualidade de vida da população, através do fortalecimento da atenção básica e definição da mesma como porta de entrada preferencial do sistema de saúde (PMS, Maricá, RJ. 2018).

A rede de atenção e serviços de saúde do município de Maricá está em franco desenvolvimento e vem se consolidando no último triênio de acordo com as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica.

Em 2019, a população estimada estava em 157.789 habitantes contando com 35 Equipes de Saúde da Família cobrindo grande parte do território, evidenciando 76% de cobertura segundo o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A APS tem crescido de forma muito acelerada em descompasso com a ampliação estrutural das unidades, territorialização e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Apesar da cobertura elevada, o acesso universal e a coordenação do cuidado surgem como desafios para a gestão atual, para viabilizar o acolhimento com escuta qualificada e promover vínculo da população adscrita com a sua equipe multiprofissional.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) de Maricá inicia a reflexão, dentro dos diversos departamentos da SMS, das necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde pelos princípios e diretrizes do SUS, como uma estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor.

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço a partir da

problematização e com foco nos processos de trabalho. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento.

Com base no PMS de Maricá e no Plano Municipal de Educação Permanente para Saúde (PMEPS) deste triênio, o NEPS identifica a importância de discutir Acolhimento e a responsabilização dos profissionais com aquele cidadão que busca o serviço de saúde.

O NEPS definiu que essa reflexão se iniciaria em uma unidade piloto, USF São José I, através do processo de implantação do Acolhimento onde foram realizadas Oficinas Temáticas de Educação Permanente com os profissionais de saúde.

Com isso, este estudo teve como objetivo analisar o processo de implantação do Acolhimento, através da Educação Permanente, numa Unidade de Saúde da Família do município de Maricá.

A pesquisa buscou também caracterizar como ocorre o acesso do usuário aos serviços ofertados pela unidade e descrever a estruturação do acolhimento baseado na reorganização do processo de trabalho, considerando a percepção dos profissionais de saúde envolvidos bem como a compreensão dos usuários atendidos.

É importante sinalizar, que durante o período do estudo, o mundo se deparou em 2020 com a pandemia do SARS-CoV-2 que perdura até os dias atuais. Essa pandemia exigiu uma reorganização do SUS e a APS necessitou se adequar aos novos desafios que emergiram para a garantia da coordenação do cuidado dos usuários, mesmo em isolamento.

2 MARCO TEORICO

2.1 O Programa de Saúde da Família

Na década de 90, a tendência nacional para o enfrentamento das iniquidades sociais e para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, tinha a APS como a porta de entrada e começava a ser modificada através da implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Em 1994, o Ministério de Saúde implantou o Programa de Saúde da Família, projetando o cuidado integral e continuado através das demandas individuais e coletivas, objetivando superar o modelo centrado na doença (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

O Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade de organizar o sistema de saúde, contribuindo na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF se fundamenta em princípios

norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a educação permanente, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016; SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013).

O acesso da Atenção Básica, desde a criação da ESF e sua importante expansão, assumiu a função de porta de entrada do SUS. Em 2007, a ESF atingiu mais de 90% dos municípios brasileiros e cobria cerca de 87 milhões de habitantes (46%), com 27 mil equipes instaladas (AZEVEDO, COSTA, 2010).

A ESF trouxe resolutividade à população assistida através da promoção da saúde, da prevenção de doenças, do sistema de busca ativa, da assistência domiciliar, bem como na adesão aos programas de saúde (saúde da mulher, saúde da infância e adolescência, doenças crônicas não transmissíveis, infecções sexualmente transmissíveis, saúde bucal e na assistência farmacêutica) e na redução da mortalidade infantil e das internações hospitalares (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016).

Para garantir a integralidade da atenção, a ESF precisa estar integrada à rede assistencial e assumir o papel de coordenadora da continuidade da atenção ao usuário. Contudo, ela tem enfrentado problemas relacionados à dificuldade de comunicação entre profissionais na rede assistencial e a fragilidade na criação de laços interpessoais devido ao foco na doença que dificulta a adesão ao tratamento e à qualidade de vida do usuário (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016).

A proposta da Educação Permanente em Saúde vem de encontro a esses desafios por defender um modelo reflexivo e participativo na formação dos profissionais, onde o fortalecimento do elo entre gestores, instituição de ensino, profissionais de saúde e a população levam a qualificação da saúde ofertada ao usuário (FERREIRA et al, 2019).

2.2 Educação Permanente na Saúde

Em 2003, ocorreu a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde e o estabelecimento de iniciativas relacionadas à reorientação da formação profissional. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização

da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde e comunidade (BRASIL, 2018).

No que concerne à EPS, a definição assumida pelo Ministério da Saúde (MS) se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (Brasil, 2007). Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Segundo Ceccim (2015), a interação entre a formação, a atenção, a gestão e o controle social em saúde permitiriam desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade providenciando subsídios para que se pense na Educação Permanente em Saúde. É nesse sentido que se constituiu o conceito de Quadrilátero da Formação onde a educação associa o ensino com suas repercussões sobre o trabalho, o sistema de saúde e a participação social. Dentre os elementos analisadores estão:

- a) análise da educação dos profissionais de saúde: mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade;
- b) análise das práticas de atenção à saúde: construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade e da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico;
- c) análise da gestão setorial: configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários;
- d) análise da organização social: verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. (CECCIM, 2015).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde qualificando e aperfeiçoando o processo de trabalho, orientando a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018).

A proposta da EPS impulsiona o modelo de atenção à saúde no SUS, através da melhoria dos processos de formação e reorganização dos serviços prestados à população. Diferentemente, a Educação Continuada utiliza pedagogias de transmissão de conhecimento desarticuladas com as práticas de atenção à saúde, sendo insuficientes para atender às demandas ocasionadas pelo avanço da APS (FERREIRA et al, 2019).

É uma política de educação estratégica para as equipes de saúde, de forma que essas possam desenvolver o processo de trabalho, incluindo os diferentes saberes e sujeitos que transitam nos serviços de saúde. A EPS prevê o trabalho como cenário de análise e aprendizagem significativa. Possui como aporte teórico-metodológico o processo de trabalho em saúde, a micropolítica do trabalho, a problematização e a educação popular em saúde (FORTUNA et al, 2013).

Contudo, há dificuldades para o seu desenvolvimento devido a necessidade de articulação entre os níveis de gestão, a falta de profissionais qualificados, a rotatividade dos profissionais, a baixa participação popular e o trabalho fragmentado pelas categorias profissionais (FERREIRA et al, 2019).

Segundo Santana (2008), em um ambiente em que o processo de trabalho é quebrado, onde as rotinas não são revisadas, a comunicação é ineficaz, os registros não são eficazes e os planos não são tidos em prioridades e em objetivos claros e a gerência é inexpressiva, cabe ao órgão central, ou seja, à Diretoria de Saúde, providenciar um espaço para educação permanente de seus recursos humanos, sob o risco de inviabilizar a superação do modelo de assistência tradicional, em detrimento ao que se almeja pela AB.

A educação permanente é fundamental para organização não apenas da demanda espontânea, mas também de todo funcionamento da unidade incluindo os serviços do dia a dia da equipe de saúde.

2.3 Acolhimento

O acolhimento na APS é pautado nos princípios do SUS da universalidade, integralidade e equidade. A proposta do mesmo como uma diretriz operacional através do

atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços, identificando as necessidades, riscos e vulnerabilidades, da busca pela reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo centrado no médico para uma equipe multiprofissional e da qualificação da relação dos profissionais com os usuários (MITRE et al, 2012; MACEDO, TEIXEIRA, DAHER, 2011).

O acolhimento se constitui como elemento norteador e deflagrador do processo de trabalho em saúde com tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, sem exigências de conhecimentos técnicos específicos por parte de quem escuta. Ainda que a resolução do problema de saúde do usuário seja o objetivo, este não será alcançado se todos os níveis de atenção juntamente com os gestores não estiverem interligados (MACEDO, TEIXEIRA, DAHER, 2011).

A Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2003, efetiva os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BREHMER; VERDI, 2010).

O acolhimento pode ser compreendido como ações comunicacionais que possibilitam a construção de uma nova prática em saúde capaz de produzir uma escuta qualificada com respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso desde a recepção e o atendimento, até o encaminhamento externo e o retorno, sendo assim uma proposta de resolutividade (ASSIS, JESUS, 2012 ; BREHMER, VERDI, 2010).

O acolhimento também é identificado na capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde (BRASIL, 2013).

Há diversos significados para Acolhimento onde todos convergem para a relação do cuidado. Ao se falar de saúde, sabemos que indiretamente sempre terá alguma relação de cuidado e que nós, profissionais de saúde, precisamos entender que não somos os únicos detentores do saber do que são as reais necessidades de saúde. Sendo assim, não devemos avaliar se há ou não acolhimento, mas sim como ele ocorre e se o usuário teve sua demanda escutada e reconhecida como legítima.

Os usuários que participam das linhas de cuidado em saúde também podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Essas novas situações podem demandar uma continuidade no cuidado. Uma Equipe de Saúde da Família ou mesmo Unidade Básica de Saúde que não acolhe este usuário no momento de agudização perde na criação e fortalecimento do vínculo bem como na legitimidade do cuidado integral (Brasil, 2013).

Além disso, o acolhimento também pode ser aproveitado como um facilitador na continuidade ou redefinição de projeto terapêutico, sobretudo quando consegue captar aquele usuário que comparece a unidade por alguma demanda espontânea, e que sempre está ausente nas atividades programadas pela equipe para seu cuidado (Brasil, 2013).

A organização da oferta pode dificultar o acolhimento. A oferta de senhas distribuídas muito cedo e de acordo com a ordem de chegada à Unidade limita a realização do acolhimento, e nem sempre são atendidos os casos prioritários. Acolher pode ser restrito ao foco no problema, mantendo assim um acesso limitado, um descaso na qualidade da atenção prestada ao usuário e a atenção centrada na queixa-conduta (MACEDO, TEIXEIRA, DAHER, 2011; BREHMER, VERDI, 2010).

É necessário também avaliar, que na maioria das Unidades de Saúde da Família, há limitações técnicas correspondentes às precariedades das estruturas físicas das unidades de saúde e à escassez de profissionais. Do ponto de vista estrutural, o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de receber os usuários respeitando o seu o direito à privacidade e ao sigilo (BREHMER, VERDI, 2010).

Segundo Macedo, Teixeira, Daher (2011), o Acolhimento é a reorganização do processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central da prática médica para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta sensível do usuário, comprometendo-se a buscar respostas ao problema de saúde.

Por fim, esse dispositivo precisa ser operacionalizado com a participação cooperativa de todos os atores que circulam nestes cenários: usuário, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agente comunitário e gestores. O acolhimento é um dispositivo que demanda uma mudança de postura dos usuários, profissionais e gestores. Ele não deve acontecer somente na recepção ou nas consultas, mas em todo momento em que se estabelece uma relação usuário e prestador de serviço (MACEDO, TEIXEIRA, DAHER, 2011).

Atualmente, faz-se necessária a reinvenção do Acolhimento como ferramenta de fortalecimento do vínculo entre equipe e usuários, na reorganizando do fluxo de chegada numa Unidade de Saúde da Família.

2.4 As interferências da Pandemia do SARS-CoV-2 na APS

No dia 11 de Março de 2020, a infecção pelo SARS-CoV-2 foi declarada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), gerando uma crise sanitária e humanitária sem precedentes.

A pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento (MEDINA, et al 2020).

No Brasil, e em diversos países do mundo, a resposta sanitária tem sido centrada nos serviços hospitalares, com ampliação do número de leitos de unidades de tratamento intensivo. Nessa luta do combate a crise instaurada, é essencial aliar cuidado individual e coletivo, garantindo a execução dos atributos comunitários da APS (GIOVANELLA, et al 2020; MEDINA, et al 2020) .

Recordamos que desde 2017 no Brasil, víamos enfrentando no o desmantelamento da ESF, com redução dos ACS, flexibilização de carga horária dos profissionais, extinção do NASF-AB e perda de médicos com a finalização do Programa Mais Médicos. Onde este desmonte interfere diretamente na atuação da APS nesse enfrentamento da pandemia (MEDINA, et al 2020).

Internacionalmente, percebe-se a tendência de suspensão dos serviços da APS, agravando o risco de mortalidade por outras causas. Os pacientes crônicos com condições pré-existentes, além de idosos e imunodeprimidos, são classificados como grupos de risco da COVID19, sendo necessária a redução da presença física desses usuários nos serviços de saúde, optando preferencialmente pelo teleatendimento. Em contrapartida, grávidas, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos continuam precisando de atenção e seguimento pela APS (FIGUEIREDO, et al, 2021; GIOVANELLA, et al 2020).

O uso de tecnologias de informação e comunicação, como WhatsApp e telefone, para responder a demandas frequentes de usuários – como a renovação de receitas e a busca por medicamentos – de modo que estes não precisem se dirigir à unidade básica de saúde (UBS), seja prolongando o tempo de duração das prescrições, seja viabilizando a entrega domiciliar dos medicamentos pelo ACS, adotando-se os cuidados necessários (MEDINA, et al 2020).

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada do SUS onde as Equipes de Saúde da Família conhecem seus territórios, sua população e necessitam trabalhar na perspectiva da vigilância em saúde para o controle do contágio. A identificação precoce e o isolamento dos casos pelos serviços de APS são fundamentais para reduzir a transmissibilidade já confirmada

pela capacidade exponencial de difusão da infecção (JAPIASSU, RACHED, 2020; GIOVANELLA, et al 2020)

Já experiências locais para o enfrentamento da Covid-19 em diversos municípios no Brasil, demonstram uma atuação da APS organizada de forma integrada tendo como campos de ação nos territórios: a equipes de Saúde da Família (eSF), a equipes de Saúde Bucal (ESB), o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate a Endemias (GIOVANELLA, et AL 2020).

É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária (GIOVANELLA, et AL 2020).

A interação dos movimentos sociais com os serviços de saúde, especialmente mediados pelos ACS, tem potencial para prover informação e educação em saúde à comunidade e combater fake news. As equipes, aproveitando recursos de comunicação coletiva, por exemplo, rádios comunitárias e carro de som, conseguem abordar a situação epidemiológica do território e alcançar a sua população sensibilizando para as medidas de proteção – distanciamento social, uso de máscaras, lavagem de mãos (FARIAS, COLARES, BARRETOTI, CAVALCANTI, 2020; GIOVANELLA, et al 2020).

A capilaridade das eSF é uma vantagem do Brasil no enfrentamento contra o Covid-19 e fortalecimento da vigilância epidemiológica, sendo possível a descentralização dos atendimentos, a testagem de um maior número casos suspeitos, notificação de casos, a busca ativa de novos casos e o seguimento de casos confirmados (FARIAS, COLARES, BARRETOTI, CAVALCANTI, 2020).

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde disponibilizou o “Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária” que já apresenta até a versão 09. O protocolo sugere a metodologia “fast-track” que possibilita fluxo rápido, objetivo e diferenciado dos pacientes, desde a porta até o atendimento médico, evitando a circulação desnecessária deste paciente em outros ambientes do serviço (FARIAS, COLARES, BARRETOTI, CAVALCANTI, 2020).

A separação de fluxos não se refere somente aos espaços físicos, mas também aos recursos humanos envolvidos nos atendimentos sendo importante reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com cada caso sintomático respiratório ou

suspeito de Covid-19 (GIOVANELLA, et al 2020).

Outras estratégias podem ser fundamentais para diminuir aglomerações e evitar o contágio entre pacientes, como: cancelamento de consultas eletivas não essenciais, agendamento por horário e montagem de consultórios ao ar livre. Recomenda-se contato preferencialmente diário, com telemonitoramento a cada 24hs ou 48hs, dependendo da gravidade do caso. Os casos moderados e graves devem ser encaminhados para os serviços de referência (GIOVANELLA, et AL 2020 ; FIGUEIREDO, et al, 2021).

Cuidados em saúde mental na situação de pandemia necessitam especial atenção, uma vez que as medidas de distanciamento social podem produzir sofrimento mental e que os profissionais de saúde sobrecarregados necessitam de apoio. Profissionais do NASF podem apoiar com consultas à distância (GIOVANELLA, et al 2020)

Os profissionais de saúde estão diretamente vinculados ao combate do coronavírus, potencializando sua chance de contágio. Dessa forma, a manutenção da saúde mental desses trabalhadores é um desafio no contexto da saúde coletiva. Estar atento às condições psicológicas e físicas dos trabalhadores da saúde, principalmente nesse momento de pandemia, tornou-se de extrema importância, pois oportunizou elaborar medidas individuais e coletivas para reduzir os efeitos negativos do trabalho para esses profissionais (FIGUEIREDO, et al, 2021).

Por meio da educação permanente é possível qualificar o profissional no processo de trabalho, sendo recomendável que aos profissionais dedicados ao atendimento de pacientes Covid-19. Para essa atuação, também é preciso disponibilizar os equipamentos e os insumos necessários para a atenção aos casos suspeitos, como: oxímetro, termômetro infravermelho, oxigênio, e garantir equipamentos de proteção individual apropriados (GIOVANELLA, et al 2020; FIGUEIREDO, et al, 2021).

Inúmeros municípios brasileiros optaram pela criação de Pólos de atenção à Covid-19 para atender aos casos suspeitos, realizar manejo inicial e facilitar o acesso à internação quando necessário. No entanto, problemas organizacionais com baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada comprometem a coordenação desse acompanhamento e vigilância no território (GIOVANELLA, et al 2020; MEDINA, et al 2020).

Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade (GIOVANELLA, et al 2020).

Em tempos de pandemia, a APS precisa continuar cumprindo a sua missão, incluindo novas formas de cuidado à distância, onde a reavaliação do processo de Acolhimento na ESF se faz necessária para evitar o risco de aprofundamento da exclusão do acesso. (GIOVANELLA, et al 2020)

2.5 A situação da Atenção Primária a Saúde do município de Maricá

O município de Maricá está situado na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, ocupando uma área de 362,5 km².

- População: 153.008 (AtlasBr, 2017)
- Densidade Demográfica: 422,67 hab/km² (AtlasBr,2017)
- PIB Per capita: 25.940 (AtlasBr,2016)
- % da população em extrema pobreza: 5,34 (IBGE, 2010)

Figura 1: Abairramento do município de Maricá/RJ

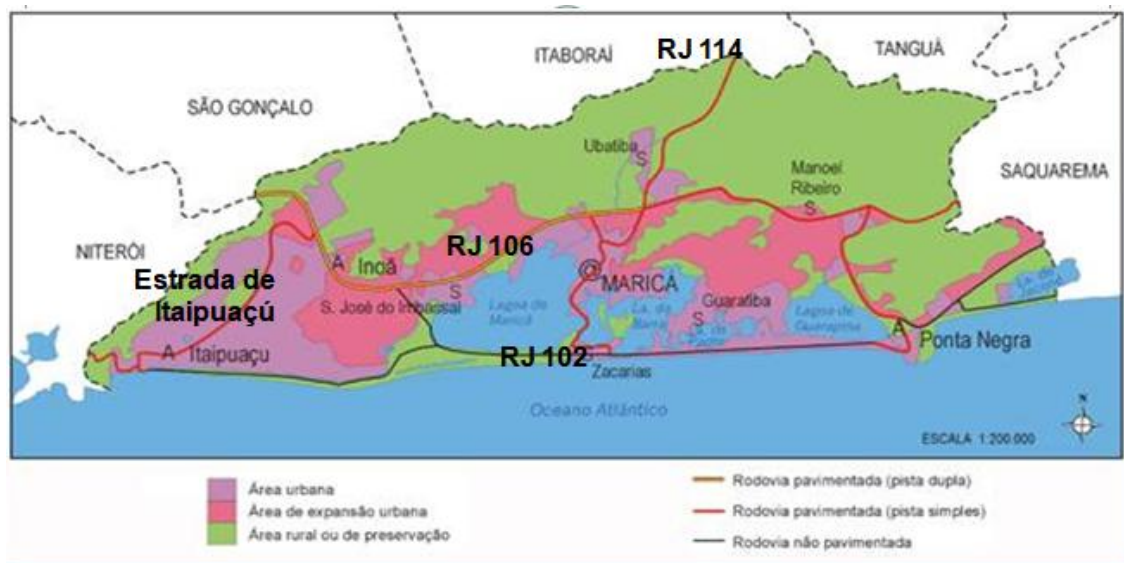


(Fonte: Mapas de Maricá. Município de Maricá, RJ)

A principal via de acesso à Maricá é a Rodovia Amaral Peixoto (RJ-106), que atravessa o município longitudinalmente, a oeste ligando às cidades de Niterói e São Gonçalo e a leste ligando a cidade de Saquarema. A RJ-114 faz a conexão com o município de Itaboraí. A RJ-102, via litorânea, com pequena parte de asfalto e grande parte em leito natural, que segue por uma área de restinga, desde Itaipuaçu à Ponta Negra, conseguindo ser acessada

a oeste por Niterói e a leste por Saquarema. (MARICÁ, 2018)

Figura 2: Vias de Acesso ao município de Maricá/RJ



(Adaptado da Fonte: Mapas de Maricá. Município de Maricá, RJ)

Maricá tem como característica ter população flutuante, seja porque parte considerável dos habitantes trabalham fora do município, resultando em uma cidade - dormitório, seja pelo volume de turistas de fim de semana, feriados e férias que ocupam a cidade. Tal afluxo se dá devido a sua geografia que possui um grande complexo lagunar que contempla as lagoas de Maricá, Barra de Maricá, do Padre, Guarapina e Jaconé, além dos canais de Ponta Negra e de Itaipuaçu que ligam as lagoas ao mar. A localidade também é conhecida por suas praias oceânicas, dentre as quais destacam-se as de Jaconé, Ponta Negra, Barra de Maricá, Zacarias, do Francês e Itaipuaçu. Maricá possui uma topografia privilegiada, reunindo grandes áreas montanhosas, onde o ponto mais alto encontra-se a 890 metros de altitude, sendo denominado Pico da Lagoinha. Em toda a região, o bioma de Mata Atlântica é um dos mais preservados, somando extensas áreas de vegetação intocadas. (MARICÁ, 2018)

Maricá tem em sua estruturação geodemográfica uma população indígena que vive em duas aldeias: Aldeia Mata Verde Bonita (Tekoa Ka'Aguy Ovy Porã), natural de Parati-Mirim, Parati-RJ, que em 2008 migrou para Camboinha, Niterói-RJ, hoje localizada no distrito de Itaipuaçu, no bairro de São José do Imbassai com 121 indígenas Guaranis M'Byá, em uma área de proteção ambiental com mais de 90 hectares. Sua língua materna é a variedade mbya do guarani, um idioma indígena do tronco tupi-guarani, falado por milhares de indígenas do Centro-Oeste ao Sul do Brasil e em países vizinhos, como Bolívia e Paraguai. A Aldeia Sítio do Céu (Pevaé Porã Tekoa Ará Hovy Py), natural de Porto Alegre-RS que em

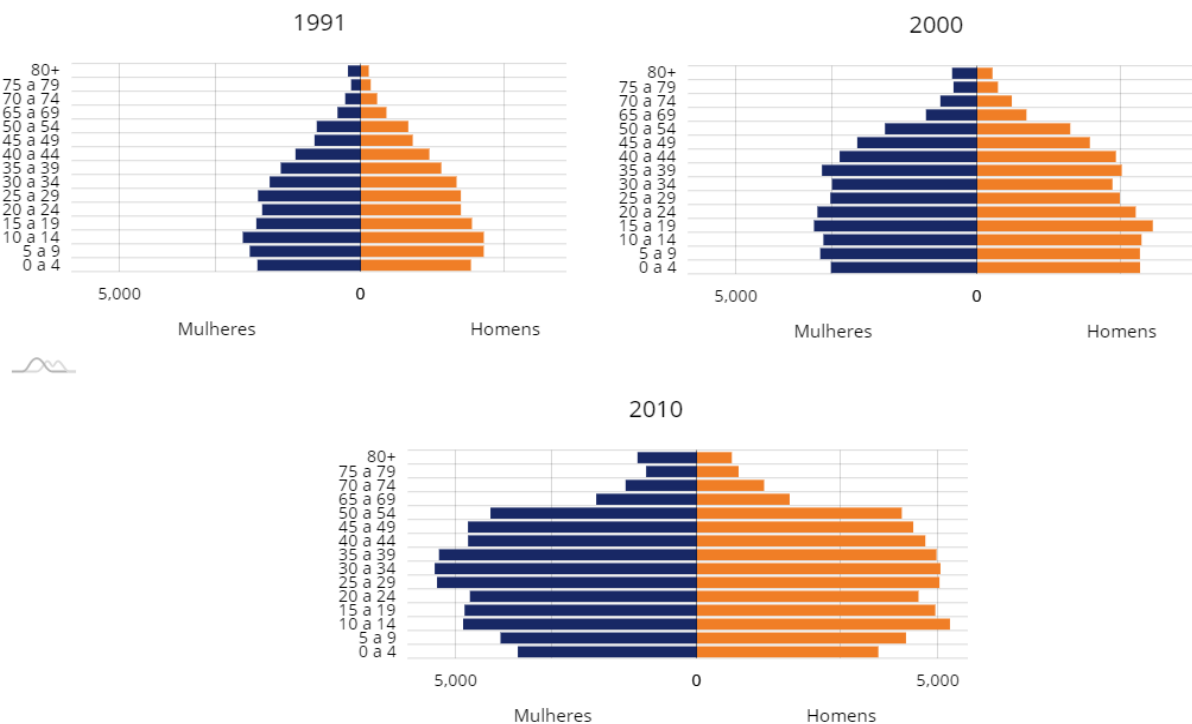
2000 migrou para Aracruz-ES, com o objetivo de visitar parentes e em 2013 se instalou em Maricá-RJ, é formada por 34 indígenas Guaranis M'Byá e está localizada no Parque Estadual da Serra da Tiririca, na Morada das Águias, no distrito de Itaipuaçu. (MARICÁ, 2018)

2.5.1 Os principais indicadores de desenvolvimento humano de Maricá

Em Maricá houve um grande crescimento populacional a partir da década de 1990, representando mais especificamente, entre os anos de 2003 e 2013, o quarto maior crescimento populacional projetado do país. A população total residente em 2010 no município foi de 127.461 pessoas, em 2020 a estimativa populacional foi de 164.504 pessoas (IBGE,2010)

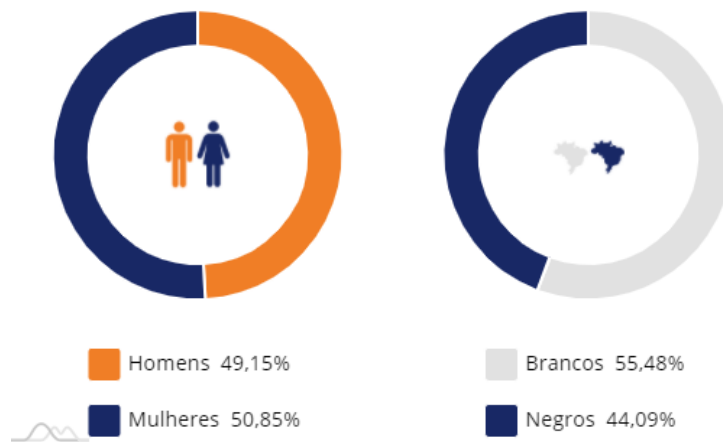
Também é possível observar que 42,38% da população apresentam faixa de idade de até 30 anos e 25,48% apresenta 50 anos ou mais de idade. (IBGE, 2010). A população acima de 60 anos passou para 8,44% em 2010 (Atlas Brasil, 2013) e 13% em 2012 (MS/DATASUS-2012), enquanto para o Brasil este valor é de 11,3% (IBGE/2010), o que evidencia que o perfil de envelhecimento da cidade é significativo dentro do contexto nacional.

Figura 3: Pirâmide etária e distribuição por sexo, segundo os grupos de idade no município de Maricá/RJ – 1991,2000,2010



(Fonte: AtlasBr 2017)

Figura 4: População por sexo e cor no município de Maricá/RJ - 2017



(Fonte: AtlasBr 2017)

A esperança de vida ao nascer no município era de 69,51 anos, em 2000, e de 75,99 anos, em 2010. A taxa de mortalidade infantil passou de 19,36 por mil nascidos vivos em 2000 para 12,02 por mil nascidos vivos em 2010 e 13,84 em 2017 (AtlasBr 2017, IBGE 2010).

Dentre os fatores que influenciam o aumento da população e a atração de migrantes estão à saturação de centros metropolitanos próximos como Rio de Janeiro e Niterói, aos atrativos litorâneos, as melhorias no acesso ao município, a exploração de petróleo na camada do Pré-Sal e o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro, onde o percentual das receitas oriundas de fontes externas é de 77,8 % (IBGE,2015).

O Produto Interno Bruto se encontra em R\$ 171.003,42 (IBGE,2018), o segundo maior da Região Metropolitana II e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,765, (IBGE,2010) classificando-se como o sexto município de maior qualidade de vida no Estado.

Houve diminuição da desigualdade, com o Índice de Gini passando de 0,56 em 1991 para 0,54 em 2000 e para 0,49 em 2010. Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2000 e 2010 de R\$ 641,83, e para R\$ 910,41. Dessa forma, em 2000, 3,56% da população do município eram extremamente pobres, 14,15% eram pobres e 34,32% eram vulneráveis à pobreza; em 2010, essas proporções eram, respectivamente, de 1,47%, 4,88% e 18,40% (AtlasBr,2010).

O município possui uma população economicamente ativa de 63,61%, em 2010, ao mesmo tempo, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada, passou de 14,39% para 7,78% (Atlas Brasil,2013).

Através da Lei No 2.448, de 26 de junho de 2013, criou o Programa Municipal de Economia Solidária, Combate à Pobreza e Desenvolvimento Econômico e Social de Maricá. O programa criou uma moeda social eletrônica como meio de transferência de renda, tratando-se de uma inovação no campo de finanças solidárias, promovendo o desenvolvimento da economia local e melhorando a qualidade de vida da população de baixa renda.

Para combater as desigualdades sociais, fomentar o desenvolvimento econômico e social das comunidades e estabelecer meios de erradicação da pobreza e a geração de emprego e renda para as camadas mais carentes o município utilizou ferramentas de gestão como a Agenda 21, o Plano Diretor do Município, o Plano Municipal de Saneamento Básico, o Plano Municipal de Saúde, dentre outros.

A maior parte dos domicílios é de uso permanente, sobretudo no Centro da cidade e nas localidades mais antigas. O processo de favelização é denunciado por alguns segmentos comunitários, setores ecológicos e parte da imprensa local, assim como a questão das construções irregulares de condomínios, que afetam diretamente o sistema de esgoto e de água da cidade. A ocupação desordenada de migrantes estabelecidas em locais proibidos pela Defesa Civil agrava a questão social (MARICÁ, 2018).

A rede de coleta de esgoto sanitário ainda é limitada e para fazer frente a esta questão a Prefeitura elaborou a versão final do Plano Municipal de Saneamento Básico – PMSB Maricá/ RJ 2017, que já se encontra em execução. Em relação a situação dos serviços de abastecimento de água do município, Maricá ainda apresenta grande parte dos domicílios atendidos por poço ou nascente.

Figura 5: Percentual de domicílios com água, esgoto e coleta de lixo no município de Maricá/RJ - 2017

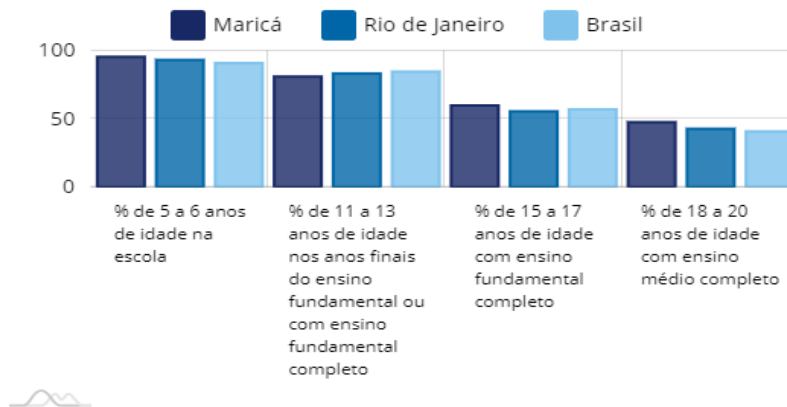


(Fonte: AtlasBr 2017)

Sobre o IDHM Educação, ele é composto por cinco indicadores que se referem ao fluxo escolar de crianças e jovens e a escolaridade da população adulta. Em 2010,

considerando-se a população de 25 anos ou mais de idade no município - Maricá, 5,30% eram analfabetos, 63,20% tinham o ensino fundamental completo, 46,60% possuíam o ensino médio completo e 13,28%, o superior completo.

Figura 6: Fluxo escolar por faixa etária do município de Maricá/RJ



(Fonte: AtlasBr,2017)

O ano de 2019 foi marcante no âmbito da Educação para o município, com a inauguração do Campus Avançado do Instituto Federal Fluminense, bem como o Campus da Universidade de Vassouras.

O Programa Passaporte Universitário foi criado como forma de investimento na qualificação e formação acadêmico-profissional, em vigor da lei Nº 2872, de 24/06/2019. Através da concessão de bolsas de estudos para moradores da cidade, há três anos, de cursos de graduação e pós-graduação à nível de especialização, mestrado e doutorado em instituições educacionais de ensino superior renomadas. O Passaporte Universitário possui dois tipos de incentivo através de Bolsas Universitárias: Social e de Excelência.

A Lei complementar nº 207 de 16 de junho de 2010 fixou a divisão, denominação e respectiva delimitação dos 04 Distritos e dos 50 Bairros, do Município, a saber: distrito Sede-maricá; distrito de Ponta Negra; distrito de Inoã; distrito de Itaipuaçu, representando, em área, respectivamente 40%, 34%, 12% e 14%, do território municipal e cinquenta bairros, com denominação própria, tendo como objetivo o planejamento urbano e regional, o controle da ocupação e do uso do solo municipal, a implantação de equipamentos comunitários e infraestrutura básica, a descentralização dos serviços com vistas ao pleno e adequado desenvolvimento urbano e regional do Município, além de uma maior eficiência desta gestão, com apoio, participação e controle por parte da população beneficiada, além de servir de base censitária para os futuros recenseamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A definição da distribuição de bairros é fundamental para o georreferenciamento das unidades de saúde no território, pois é um dos atributos prioritários para o desenho da RAS.

2.5.2 A construção da Rede de Atenção à Saúde de Maricá

As práticas demandadas pelo SUS necessitam de instrumentos de gestão que estruturam a saúde municipal, a fim de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Os planos municipais de saúde substancializam o planejamento, o monitoramento e a avaliação das estruturas vigentes, dos seus indicadores sociodemográficos e do perfil de morbimortalidade (CORREA, 2016)

A saúde da família é a estratégia estruturante do sistema de saúde, sendo a principal referência para as ações dos programas de saúde. Assim, a estratégia possui ações executadas em sua área de abrangência por todos os programas de saúde, além de propostas de educação permanente de seus profissionais (CORREA, 2016).

Nesta perspectiva, o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 de Maricá foi dividido em quatro eixos de intervenção: acesso e acolhimento; qualificação da gestão; gestão do trabalho e da educação em saúde; e participação da comunidade e controle social (CORREA, 2016).

Nesse triênio (2014-2017), o sistema de saúde do município inicia a substituição da perspectiva hierarquizada para as redes de atenção à saúde substituindo com cuidados horizontalizados, objetivando ter a APS como ponto central para estabelecimento de vínculos e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (MENDES, 2009).

Para fundamentar as ações e serviços de saúde em RAS, destaco alguns conceitos de construção das redes de atenção à saúde:

“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

[...] “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida deve estar disposta de forma a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2009).

Na idéia de RAS, para Oliveira et al (2009), a atenção primária à saúde (APS) torna-se responsável não só por um conjunto de serviços de saúde direcionados às necessidades dos indivíduos, como também pela integração dos níveis de atenção à saúde.

Recordamos que o Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Maricá, estruturado a partir das diretrizes do MS, apresenta o processo de implantação das equipes de saúde da família desde 2000:

2000 – 03 equipes de Saúde da Família (eSF) iniciaram o processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família conforme política ministerial de 1994.

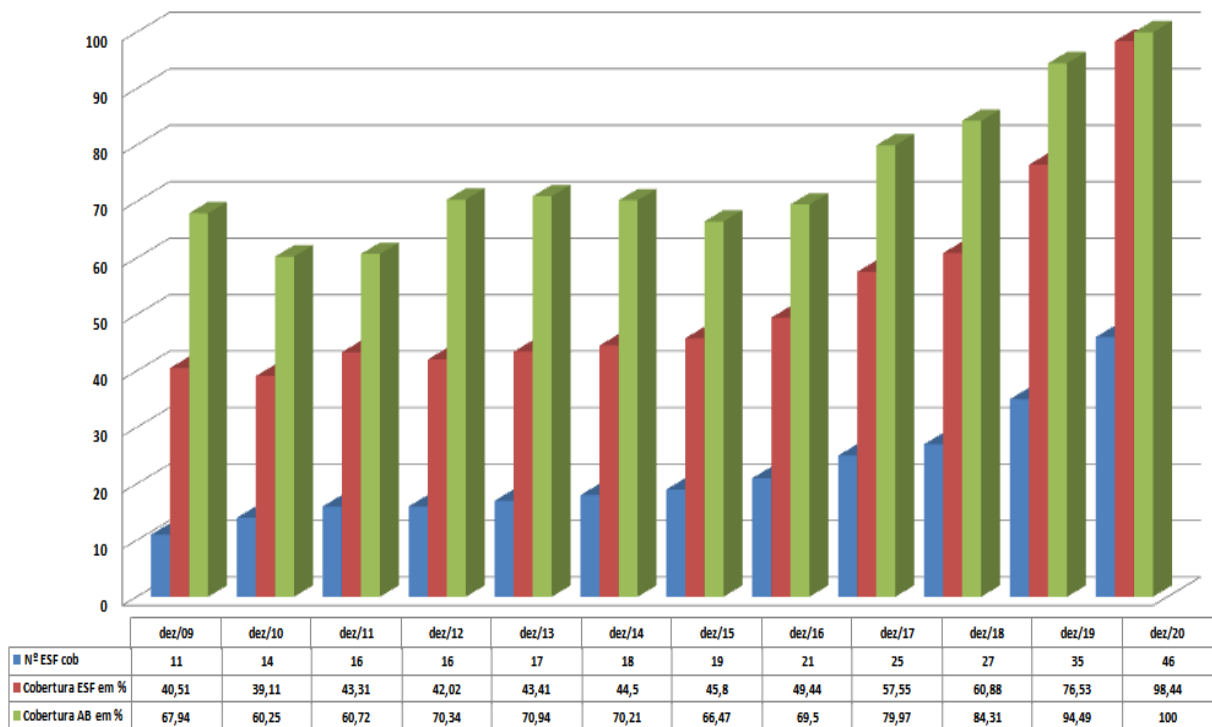
2006 – Após 06 anos de implantação, o município chega a 13 eSF.

2009 – A política municipal vigente inicia o processo de valorização de programas de governo prioritariamente assistenciais.

2014 – O Plano Municipal da Saúde desse triênio identifica a APS como porta de entrada e reforça o projeto de expansão das equipes de saúde da família, chegando a 25 eSF em 2017.

2020 – O município de Maricá com estimativa populacional em 161.207 habitantes, alcança a cobertura territorial pela APS com 55 eSF.

Gráfico 1: Ampliação da Estratégia de Saúde da Família de Maricá



(Fonte: Adaptado de Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica, Ministério da Saúde - CNES)

A Rede de Atenção à Saúde de Maricá, atualmente é composta pelos serviços da Atenção Primária, Atenção Secundária e a Rede de Urgência e Emergência:

Figura 7: Rede de Atenção à Saúde do município de Maricá/RJ

Atenção Primária a Saúde	Atenção Especializada	Rede de Urgência e Emergência
<ul style="list-style-type: none"> • 24 Unidades de Saúde da Família • 01 Centro de Atenção Psicossocial • 01 Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas • 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil • 03 Residências Terapeuticas • 01 Odontomóvel 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio Pericles Siqueira Ferreira • Centro de Diagnóstico e Tratamento • Serviço de Atendimento Especializado (SAE) • Centro de Testagem e Acolhimento • Centro de especialidades odontológicas • Programa Melhor em Casa • Programa de Reabilitação Domiciliar 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Municipal Conde Modesto Leal • Centro de Testagem e Acolhimento • Unidade de Pronto Atendimento (UPA) • Unidade de Emergência Santa Rita • Hospital Municipal Dr Ernesto Che Guevara (<i>inaugurado em Maio de 2020</i>) • SAMU

(Fonte Adaptada: Plano Municipal de Saúde. Município de Maricá, RJ. 2018)

Historicamente, os usuários de Maricá mantêm a cultura hospitalocêntrica, estando o Hospital Municipal Conde Modesto Leal, a Unidade de Pronto Atendimento de Inoã e a Unidade de Emergência Santa Rita com um perfil de lotação e atendimento de casos que poderiam ser resolvidos pela Atenção Primária.

Além disso, a dificuldade é encontrada no processo de acolher, escutar e oferecer uma atenção oportuna, eficaz e de satisfação ao usuário na Unidade Básica de Saúde.

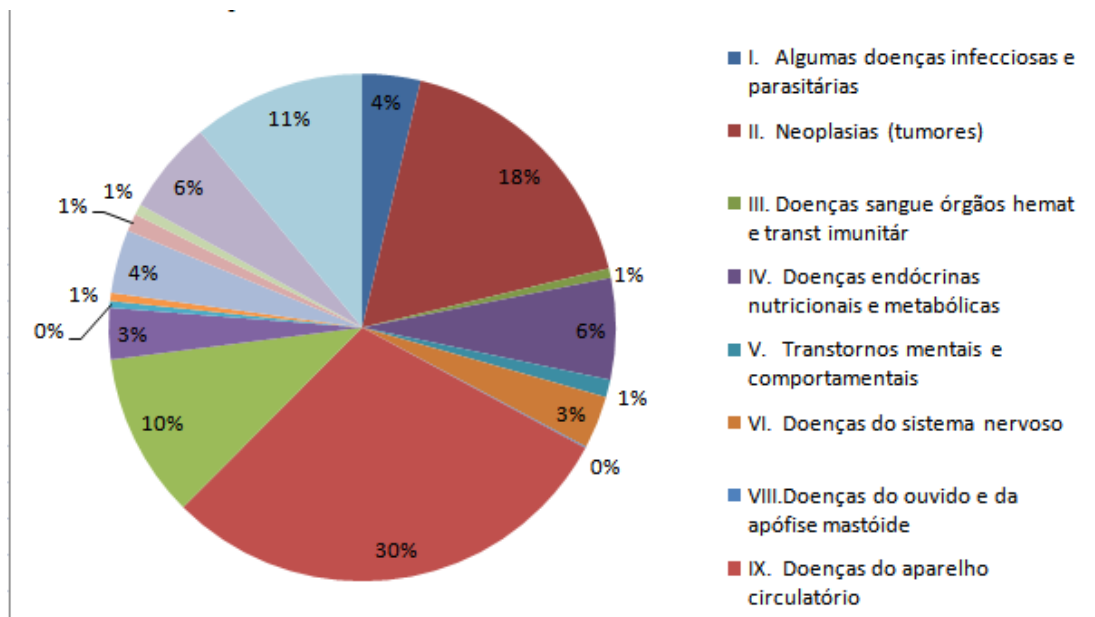
A atenção prestada na APS é equivocadamente identificada como “básica” e pouco complexa, quando na verdade ela requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes. Segundo Mendes, 2010:

“A concepção de saúde vigente de um sistema piramidal com níveis de complexidade que vão da Atenção Primária à média e alta complexidade, é teoricamente insustentável porque parte de um suposto equivocado: o de que a APS é menos complexa que as atenções de média e alta complexidade. As tecnologias mais complexas estão na atenção primária à saúde; elas são menos densas e menos custosas, mas são as mais complexas num sistema de saúde. Essa visão hierárquica, além de conceitualmente equivocada, determina, no operacional, resultados desastrosos, expressos na banalização da atenção primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e populações mais pobres.”

Na certificação no 3º ciclo do PMAQ que ocorreu em 2017, havia 19 ESF implantadas, sendo todas certificadas e recebendo o pagamento por desempenho.

Apresentando uma APS pouco resolutiva com baixa qualidade no cuidado as condições crônicas de saúde e elevado número de internações sensíveis as condições ambulatoriais mantendo as unidades de emergência sempre lotadas.

Figura 8: Principais causas de mortalidade no município de Maricá em 2017



Fonte: Adaptado do MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Até o ano de 2018, o Sistema de Regulação municipal era localizado na área administrativa do Hospital Municipal Conde Modesto Leal e realizava a regulação das cirurgias eletivas e as referencias para especialidades das pactuação intermunicipais.

O usuário que necessitasse agendar uma consulta nas especialidades médicas do Ambulatório Péricles Siqueira Ferreira, ou um exame de imagem complementar no Centro de Diagnostico e Tratamento, ou mesmo dar início a um acompanhamento pela infectologia no Serviço de Atendimento Especializado, ele se dirigia diretamente a este serviço de saúde, não necessitando ser referenciado pela sua eSF de referência.

Em 2019, inicia-se um processo de implantação do Sistema de Regulação, com a inauguração da Central de Regulação em junho. Nesse momento, ocorre a implantação do SISREG municipal contemplando as agendas das consultas da atenção secundária.

Em paralelo, ocorre a informatização das Unidades de Saúde da Família, com a instalação do Prontuário Eletrônico do Paciente, e treinamento dos médicos das eSF para a

descentralização da regulação e dos agendamento das consultas e exames especializados.

Acreditava-se que a implementação da Central de Regulação garantiria o acesso do usuário aos serviços da Rede Municipal de Saúde através da Atenção Primária a Saúde como porta de entrada e ordenadora do cuidado.

Num segundo momento, a Central de Regulação amplia suas competências de construção da RAS, incluindo o ambulatório de cirurgia pré e pós cirúrgicos, as cirurgias eletivas do Hospital Municipal Conde Modesto Leal e as consultas e procedimentos do Centro de especialidades odontológicas.

Atualmente, esse processo de ordenação de Rede ainda se encontra em constantes adequações e a Central de Regulação ainda não realiza a gestão dos leitos de internação bem como da central de ambulâncias básicas do município.

Este é um desafio prioritário pela Secretaria Municipal de Saúde para este triênio, promovendo um sistema de regulação que utilize tecnologias de comunicação e informação, e principalmente a implantação de protocolos assistenciais para ordenar os fluxos e linhas de cuidado.

Para a valorização da APS como coordenadora do cuidado, se faz necessária capacitação permanente dos profissionais na qualificação das referências ao nível secundário; a reflexão a respeito do protocolo vigente para solicitação de exames de alta complexidade que centraliza a solicitação na atenção especializada (JOM, Edição nº 773, 03 de julho de 2017); a humanização no acolhimento nesses serviços ao usuário, orientando que os agendamentos sejam feitos pela ESF e a quebra da resistência desses serviços de compreenderem que a visão inicial de perda de autonomia dos mesmos em agendar os pacientes que o procuram; por fim a sensibilização da importância da contra referência nas consultas pela Atenção Especializada.

A mudança de modelo para Estratégia de Saúde da Família, com foco centrado no usuário e na territorialização evidencia que seria o momento ideal para implantação do modelo de acolhimento, com o objetivo de reorganizar o serviço a partir da problematização e com foco nos processos de trabalho.

O município de Marica, através do Plano Municipal de Saúde (PMS) para o triênio 2018-2021, evidencia que a Atenção Básica tem crescido de forma muito acelerada em descompasso com a ampliação estrutural das unidades, territorialização e organização da Rede de Atenção à Saúde.

Outra grande dificuldade traduzia-se em problemas nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais da APS expressos na precarização dos vínculos de trabalho em

saúde e na baixa fixação dos profissionais de saúde. A contratação dos profissionais da ESF em sua maioria até 2019 era via contrato temporário.

Neste contexto a inclusão de outras modalidades de gestão, como as Organizações Sociais como Apoio a Gestão Municipal é uma ferramenta potente, onde um contrato de gestão mutuamente acordado é implementado sob financiamento governamental e sujeito a metas e monitoramento, o que agiliza a estruturação de novos serviços, bem como a reestruturação dos já existentes.

Em 2019, o município visando à regulação dos vínculos de trabalho em saúde, principalmente nas equipes de saúde da família, publica edital nº 02/2019 com chamamento público para celebração de parceria com Organização Social para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da Rede de Atenção Primária. A parceria firmada conforme o Contrato de Gestão nos termos da Lei Municipal nº 2.786 de 14 de dezembro de 2017 (publicada no Jornal Oficial de Maricá no dia 20 de dezembro de 2017).

Diante deste breve histórico do crescente número de ESF e da necessidade de priorização da APS pôde-se concluir que, para estruturação da APS como coordenadora de uma RAS era necessário aportar quantidade e qualidade para a atenção primária no município.

Além da quantidade de profissionais e de equipes, o cuidado primário prestado na APS é também vulnerável à capacitação técnica dos profissionais.

A formação e educação permanente dos profissionais além da existência e utilização de diretrizes clínicas são consideradas fundamentais para a garantia da qualidade do cuidado oferecido e, ainda vem à tona como um dos principais problemas a ser enfrentado pelos gestores.

O acolhimento propõe, principalmente, reorganizar o serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento.

Em abril de 2019, o NEPS apresentou à Secretaria de Saúde a proposta de reorganização da porta de entrada do usuário com foco no acolhimento.

O NEPS e a Coordenação da APS definiram que essa reflexão se iniciaria em uma unidade piloto, a partir do processo de implantação do Acolhimento onde foram realizadas Oficinas Temáticas de Educação Permanente com os profissionais de saúde que resultaria nos processos de trabalho com o propósito no que tange o acolhimento.

Posteriormente a esse projeto piloto, no final de 2019, o NEPS em parceria com a Coordenação da APS realizou Rodas de Conversa sobre Acolhimento com todas as Unidades

de Saúde da Família com os seguintes instrumentos: mapas analíticos, fluxograma Descritor; Acolhimento da Demanda Espontânea na AB.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo

O presente trabalho é uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, numa Unidade de Saúde da Família, do município de Maricá.

Segundo NEVES (1996), nas pesquisas qualitativas, o pesquisador busca entender os fenômenos, segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e situar a sua interpretação dos fenômenos estudados.

O método qualitativo é aquele que “participa do processo social”, considerando o contexto, as relações, as crenças, as representações, as percepções e opiniões dos que vivem ali (MINAYO, 2007).

“é (...) produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”. (MINAYO, 2007)

De acordo com Minayo (2007) os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e percepções a respeito da situação.

Os estudos de caso têm com objetivo permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais esclarecendo fatores que possam interferir em determinados processos (MINAYO, 2007).

Segundo YIN (2010) as características ou princípios associados ao estudo de caso se superpõem às características gerais da pesquisa qualitativa.

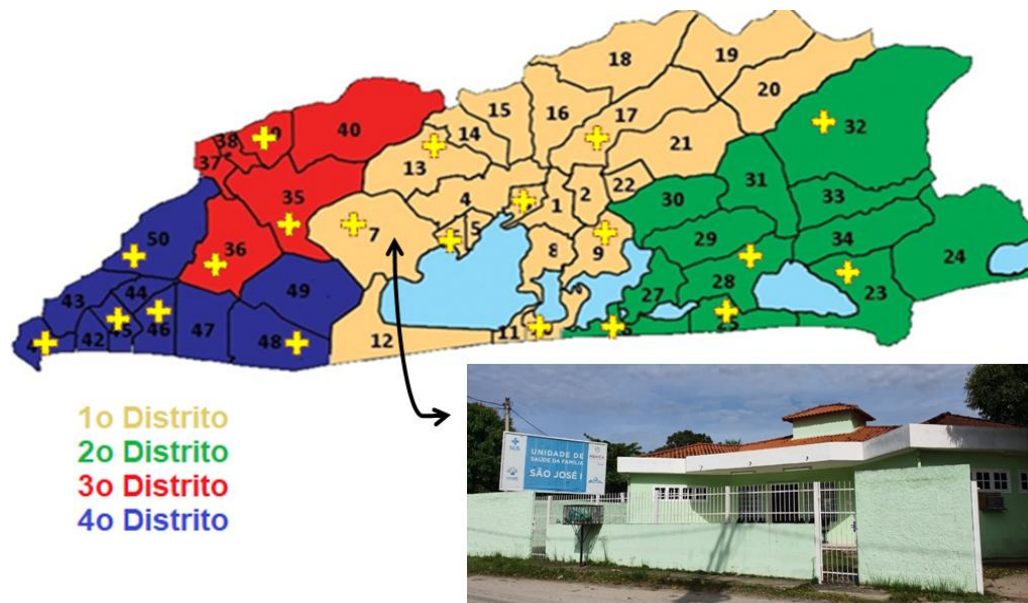
3.2 Caracterização do cenário de estudo

A Coordenação da Atenção Primária selecionou como campo inicial a Unidade de Saúde da Família de São José. A seleção justificou-se pelo perfil e experiência das enfermeiras e médicas da unidade com Saúde da Família, sendo inclusive selecionada pelo NEPS para cenário de estágios supervisionados de graduação e pós graduação, pela estrutura

física adequada e pela unidade estar situada no 1º Distrito que é o mais extenso territorialmente e onde ficam localizados os principais equipamentos da RAS.

A Unidade de Saúde da Família São José 01 está localizada em um bairro do 1º Distrito, próximo à rodovia e cerca de 8 km do centro do município, e possui 02 Equipes de Saúde da Família.

Figura 9: Distritos Sanitários do município de Maricá/RJ



Adaptado de: Mapas de Maricá-Município de Maricá, RJ

A população cadastrada é de 6761 pessoas, sendo 3079 masculina e 3682 feminina. A população idosa é de 1180 cadastrados, com 13 usuários acamados. A unidade possui 117 crianças cadastradas menores de 2 anos de idade, 410 diabéticos, 1026 hipertensos, 29 pessoas com deficiência, 291 famílias cadastradas no Bolsa Família, nenhum usuário em acompanhamento com tuberculose e nenhum usuário identificado com hanseníase. (Prontuário Eletrônico do Cidadão - VitaCare, Dezembro de 2019)

Os profissionais das duas eSF e os usuários cadastrados nesta Unidade de Saúde da Família são atores indispensáveis na discussão sobre o processo de Acolhimento.

O Núcleo de Educação Permanente em Saúde, em conformidade com a Política Nacional de Desenvolvimento dos Servidores, instaurou em 2018 o Plano de Capacitação dos Servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá, para que fosse um instrumento norteador das ações de desenvolvimento integral dos profissionais, a fim de propiciar crescimento pessoal e laboral com vistas a gerar um melhor desempenho da instituição.

A fim de levantar necessidades e realmente oferecer ações que sejam pertinentes

tanto ao servidor quanto à população, contou-se com o preenchimento de um modelo de Planilha de Intervenção criada pelo NEPS em fevereiro de 2019, onde os departamentos deveriam sinalizar as dificuldades no processo de trabalho e as principais deficiências técnicas.

Ao avaliar as planilhas de intervenção dos departamentos da Secretaria, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde, identifica como prioritário a avaliação do acesso integral à saúde onde a Atenção Básica deveria ser essa porta de entrada. Em março de 2019, o NEPS apresenta à Secretaria de Saúde, a proposta de modelo de acolhimento a ser implantado no município onde solicitou iniciar as oficinas de educação permanente sobre Acolhimento em uma unidade de saúde da família “piloto” e a coordenação da ESF selecionou como campo inicial a Unidade de Saúde da Família de São José.

As oficinas de Educação Permanente, cujo eixo temático foi o Acolhimento e a Reorganização da Porta de Entrada, ocorreram de Maio e Setembro de 2019 e foram realizadas pela equipe do NEPS.

As oficinas tinham o propósito dos profissionais desenvolvessem competências para a reorganização da porta de entrada, através de estratégias de implantação do acolhimento. Os objetivos eram a compreensão e aplicação dos fundamentos sobre Acolhimento e a reorganização do processo de trabalho.

A fim de humanizar o atendimento, estabelecer prioridades de acordo com a gravidade do caso e alcançar a resolutividade esperada à necessidade do usuário, foram trabalhados temas centrais, como:

- os fluxos da Rede de Atenção a Saúde do Município de Maricá;
- a realização do diagnóstico Local ;
- os dispositivos do Acolhimento;
- a construção do fluxograma descritor;
- a construção da matriz de intervenção;
- os modelos de Acolhimento a Demanda Espontânea (CAD 28 AB-MS)
- apresentação do Modelo de Acolhimento escolhido

3.3 Técnicas de pesquisa e Análise de dados

Para esta pesquisa foram selecionadas como instrumentos de trabalho de campo, a observação participante e a entrevista semi-estruturada.

“os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam fazer a mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica.” Minayo (2007).

A pesquisa de campo foi realizada por meio da observação participante, entrevistas individuais com os trabalhadores da unidade de saúde e entrevistas individuais com os usuários que residem no território de abrangência da unidade, para uma aproximação do observador com a realidade local, os processos de trabalho e o cotidiano das atividades da unidade.

A observação participante da unidade básica de saúde foi realizadas durante 04 visitas de 08h semanais, em dias da semana alternados em um período de 30 dias, priorizando turnos alternados. Na observação participante foram analisadas as seguintes categorias, com base em roteiro pré definido (Apêndices C):

- estrutural: a estrutura da UBS, os profissionais e recursos físicos envolvidos, e a cobertura territorial daquela unidade de saúde.

- organizacional: a organização do trabalho da equipe, as estratégias de atendimento à demanda espontânea, o monitoramento dos usuários na espera por atendimento e por agendamento, assim como a percepção dos profissionais sobre porta de entrada e garantia de acesso à atenção.

A entrevista é um método de investigação específico e classificada como diretivas ou não diretivas, ou seja, fechadas e abertas. A utilização da análise de conteúdo como um método de categorização permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas (BARDIN, 1977)

As entrevistas individuais com os usuários e trabalhadores foram realizadas durante 04 visitas de 08h semanais, em dias da semana alternados e dentro do período de 30 dias, onde as entrevistas ocorreram em turnos alternados com a observação da unidade.

As entrevistas ocorreram em ambiente que garantia o sigilo das informações, onde o entrevistado era apresentado a pesquisa e posterior preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B). Com duração em torno de 20 minutos, elas foram registradas por meio de gravação de voz e com base em roteiro pré definido (Apêndices D e E).

As entrevistas foram realizadas na dependência da disponibilidade dos usuários e foram interrompidas seguindo o critério de saturação.

Saturação é um termo criado por Glaser e Strauss (1967) para se referirem a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado (MINAYO 2017).

Quando o pesquisador prevê um montante de entrevistas, essa ideia de provisoriedade deve percorrer todo o processo. O entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias ao trabalho de pesquisa não apresenta previamente uma medida. Igualmente, não existe um ponto de saturação definido, e a quantidade de abordagens em campo não pode ser burocrática. O que precisa prevalecer é a certeza do pesquisador de que encontrou a lógica do seu objeto de estudo (MINAYO, 2017).

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética número 29709920.0.0000.5243 e autorizada sob número de parecer 4.222.651, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Da mesma forma, o presente estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maricá.

O número total foi de 31 sujeitos entrevistados, sendo 16 profissionais de saúde e 15 usuários, composto pelos profissionais das duas equipes e os usuários cadastrados na unidade, maiores de 18 anos e que tenham utilizado algum serviço ofertado pela unidade no período das entrevistas. Não foram entrevistados os profissionais de saúde que se encontram afastados da unidade no período das entrevistas; usuário que apresente cadastro temporário, ou seja, que foi atendido, mas não possui cadastro em uma das equipes; usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade, entre outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato para a entrevista.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram programadas para que não atrapalhasse a rotina diária, tendo o cuidado de garantir a diversidade de categorias dentre os entrevistados. A abordagem com o usuário para o convite voluntário a participação no projeto ocorreu após ele ter tido seu espaço de escuta na recepção da unidade, e as entrevistas ocorreram após a finalização da demanda que o fez procurar a unidade.

Os participantes foram orientados que caso entendessem que as perguntas causaram algum tipo de constrangimento, podiam deixar de respondê-las e desistir de participar deste estudo a qualquer momento. A participação neste estudo não teve remuneração nem resultou em gastos para os entrevistados. Os dados obtidos por meio desta pesquisa têm caráter confidencial sendo assegurado a não identificação dos participantes.

Nas entrevistas dos usuários observamos a adequação do novo modelo de acolhimento frente às necessidades de saúde da população, através das matrizes de análise de conteúdo: o acolhimento compreendido pelo usuário e pelo profissional; o acolhimento como forma de escuta e cuidado; as barreiras do acolhimento.

Tanto as observações em campo como as entrevistas buscam compreender os efeitos do processo de construção do Acolhimento, através da Educação Permanente. O benefício dessa pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão dos processos de trabalho, além de contribuir para uma possível análise da estratégia de educação adotada pela NEPS da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá/RJ. O conhecimento adquirido poderá servir para melhorar a qualidade dos processos de trabalho e conseqüentemente da assistência no âmbito da APS da cidade de Maricá.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS PRÁTICAS RELACIONADAS AO ACOLHIMENTO

Durante o período da pesquisa com o objetivo de aproximar o observador dos processos diários da unidade, optou-se pela observação participante em paralelo com a realização das entrevistas com os profissionais e os usuários.

Através dessa observação atrelada as reflexões trazidas nas entrevistas, pudemos avaliar a matriz de análise que foi o norteador para compreender o acolhimento e sua busca pela melhoria do cuidado ofertado.

Foram entrevistados 16 dos 29 profissionais desta unidade, onde foi alcançada a saturação com 14 entrevistas dos profissionais, e 15 entrevistas dos usuários.

4.1 Observação Participante: Estrutura, Recursos e Cobertura Territorial

Do ponto de vista de estrutura física, a USF situa-se numa casa antiga, com uma área externa não construída bem maior proporcionalmente do que área construída. Há uma varanda na entrada, onde foram colocadas longarinas servindo de sala de espera por ser mais arejado devido, a fim de garantir o distanciamento devido a Pandemia.

Já dentro da casa, temos a entrada principal que possui um espaço amplo contendo as mesas da recepção, um bebedouro, a administração e o almoxarifado. Adentrando pelo corredor à esquerda, encontramos um consultório de equipe, a sala de curativo, a sala de vacina, um consultório de saúde bucal, a farmácia e a sala de procedimento, sendo esse o

espaço reservado no fluxo da unidade para a escuta qualificada e avaliação inicial pela equipe técnica da demanda do usuário ao procurar atendimento. No corredor a direita da entrada principal, temos a sala dos agentes comunitários de saúde e agentes de endemias, um consultório de equipe com banheiro interno, um banheiro com acessibilidade, uma copa e um depósito de material de limpeza.

Percebe-se que as salas estão com refrigeração adequada, informatizadas e com os mobiliários, na sua maioria, novos.

Nos fundos da casa, encontra-se o depósito de lixo infectante e um grande quintal onde parte dele é cimentado, com uma tenda para avaliação inicial dos pacientes sintomáticos respiratórios, onde antes eram realizados os grupos educativos que temporariamente estão suspensos pelas medidas de segurança da Pandemia.

Enfim, ao observar a estrutura existente com as lentes para o cuidado em saúde, percebo que por ter 02 consultórios, sendo 01 consultório por equipe, eles possuem dificuldade de garantir o atendimento inicial pela equipe de enfermagem, onde na maioria das vezes é realizada na sala de Procedimentos ou é feito o encaminhamento direto para o profissional que estiver utilizando o consultório da equipe, provavelmente o médico. Esse desafio é observado pelas trocas de profissionais em atendimento nos consultórios durante o mesmo turno de atendimento, na tentativa de conciliar escalas e agendas para tantos profissionais que compõe a equipe técnica da unidade: médicos, enfermeiros, equipe NASF, equipe multiprofissional. A infraestrutura dificulta estratégias para o acolhimento e trabalho em equipe.

A unidade possui duas equipes de saúde da família que trabalham com adscrição de clientela conforme preconizado pelo modelo de saúde da família proposto (BRASIL, 1997).

A população adscrita, esta dividida em seis microáreas, uma para cada agente comunitário de saúde conforme quadro que segue:

Quadro 1: Paciente cadastrados por microárea da USF São José 01, Maricá/RJ

USF SÃO JOSÉ 01		
Equipe	Microárea	Total de Pacientes Cadastrados
Cananá	1	573
	2	457
	3	445
	4	733
	5	774
	6	448
	total	3430
Camboinha	1	653
	2	488
	3	608
	4	575
	5	443
	6	564
	total	3331

Fonte: Elaboração própria- PEP- Abril 2021

Aparentemente a totalidade da população local, ou seja, residente do bairro, está cadastrada nesta unidade básica, porém não há, em fontes oficiais pesquisadas, dados da população residente apenas neste bairro para que seja confrontado com a população cadastrada.

Considerando que uma equipe de saúde da família tem previsão de cobertura populacional em torno de 4.000 pessoas conforme PNAB, nesta unidade não deveria existir uma demanda reprimida. A magnitude da população ainda se sobrepõe ao potencial de atendimento, ou seja, a USF deveria conseguir trabalhar com as demandas espontâneas e programadas.

A USF São José conta com equipes de saúde da família completas, além dos profissionais administrativos e o gerente de saúde, que são distribuídos da seguinte forma:

Quadro 2: Profissionais que compõem as equipes da USF São José 01, Maricá/RJ

Tabela - Profissionais que compõem as equipes de saúde, por categoria, carga horária semanal e quantidade.		
Profissionais	Carga Horária	Quantidade
Médico	40h	2
Enfermeiro	40h	2
Técnico de Enfermagem	40h	2
Agente Comunitário de Saúde	40h	12
Agente de Combate a Endemias	40h	7
Cirurgião Dentista	40h	1
Auxiliar de Saúde Bucal	40h	1
Oficial de Farmácia	40h	1
Gerente de Saúde	40h	1
Auxiliar de Serviços Gerais	40h	2
Controlador de Acesso	12x36h	4

Fonte: Elaboração própria

Aproximadamente metade dos profissionais trabalha na unidade e na mesma equipe há mais de um ano. As equipes passaram há cerca de 1 ano por um processo de mudança de modelo de contratação, passando de contrato simplificado para contratação por CLT, via organização social.

4.2 Organização dos Processos de Trabalho e o Acolhimento

A organização do trabalho encontra-se programada por dia da semana a fim de contemplar as demandas espontâneas e programadas e encontra-se fixado em um quadro de avisos na recepção, conforme destacado abaixo:

Quadro 3: Agenda das Equipes de Saúde da Família da USF São José 01

EQUIPE CAMBOINHA						
		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MEDICO	MANHÃ	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	x	ATENDIMENTO
	TARDE	ATENDIMENTO	VD	ATENDIMENTO	x	REUNIÃO
ENFERMEIRO	MANHÃ	PSE/GRUPO	VD	VD + COLETA	ATENDIMENTO	VD + COLETA
	TARDE	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	PSE/GRUPO + CURATIVO	ATENDIMENTO	REUNIÃO
TECNICO	MANHÃ	PROCEDIMENTOS	VD + COLETA	TODOS OS ATENDIMENTOS	IMUNIZAÇÃO + COLETA	TODOS OS ATENDIMENTOS
	TARDE	TODOS OS ATENDIMENTOS	TODOS OS ATENDIMENTOS	VD + CURATIVO	GRUPO/PSE + CURATIVO	REUNIÃO + CURATIVO
EQUIPE CANANA						
		SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MEDICO	MANHÃ	ATENDIMENTO	VD	PSE/GRUPO	ATENDIMENTO	VD
	TARDE	REUNIÃO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO
ENFERMEIRO	MANHÃ	PSE/GRUPO + COLETA	ATENDIMENTO	ATENDIMENTO	VD + COLETA	ATENDIMENTO
	TARDE	REUNIÃO	PSE/GRUPO + CURATIVO	VD	VD	ATENDIMENTO
TECNICO	MANHÃ	IMUNIZAÇÃO + COLETA	TODOS OS ATENDIMENTOS	VD + COLETA	PROCEDIMENTOS	GRUPO/PSE + COLETA
	TARDE	REUNIÃO + CURATIVO	VD	TODOS OS ATENDIMENTOS	TODOS OS ATENDIMENTOS	TODOS OS ATENDIMENTOS

Fonte: Elaboração própria

As ACS revezam-se na recepção para atendimento dos cidadãos sendo que, nos dias que estão na recepção não realizam visita domiciliar.

É interessante destacar que os ACS mostram particular proximidade ao horizonte dos pacientes, se identificam com a população e demonstram relações de vínculo e confiança, fruto, com certeza, de sua inserção na comunidade.

No Acolhimento, foram implantadas medidas de segurança para evitar aglomeração e risco de contágio na unidade, por conta da Covid 19.

O usuário aguarda atendimento na parte externa da casa e pode observar, em alguns momentos, conflitos onde ele questiona o motivo de outro ter sido chamado primeiro, sendo que estava aguardando há mais tempo, mas na verdade era porque são para demandas diferentes como, por exemplo: um usuário que acabou de chegar aguarda pouco tempo na área externa porque a demanda dele é vacinação, já outro está aguardando há 20 minutos, porque é para consulta programada.

Os ACS colocam na agenda do prontuário eletrônico exatamente o horário que o usuário chegou e ao serem questionados informam ao paciente o tempo de espera, bem como utilizam essa estratégia para alertar a equipe técnica de possível demora no atendimento.

Os dias de coleta de sangue, atualmente duas vezes na semana, são os que geram maior confusão devido ao aumento do número de pessoas aguardando na área externa. Para a coleta, é colocada na agenda com a ordem que o usuário chegou, ficando o que ainda não atendido pela recepção em um lado das cadeiras e os que já passaram pela recepção

aguardando o procedimento no lado oposto. Quando a coleta de sangue se encerra, o ACS finaliza o atendimento na agenda do prontuário eletrônico.

No caso de consulta programada, os consultórios são equipados com os aparelhos necessários para todo o atendimento, incluindo o exame físico, sejam realizados durante a consulta (balança adulto, balança pediátrica, esfigmomanômetro, etc). Observa-se que essa atribuição nas consultas proporciona uma maior celeridade por evitar que o paciente aguarde a “pré consulta” com a equipe de enfermagem.

A gestão da Agenda funciona com horário específico por micro área, um número estipulado de vagas por ACS e os turnos atrelados a linhas de cuidado (ex: turno de pré natal, turno de hiperdia, turno de saúde do idoso, etc).

A estratégia implantada pelas equipes foi a criação, de um livro-ata, por equipe, contendo as informações necessárias dos usuários. Quando rubricado, a equipe sabe que aquela demanda foi vista pelo ACS e pelo enfermeiro da equipe, mas identificamos, ao avaliar o livro, que os profissionais de nível superior ainda têm certa dificuldade em olhar o livro com as demandas.

O fluxo criado durante as oficinas de educação permanente em 2019 sofreu alterações com a chegada de novos profissionais para as equipes, e principalmente do gerente de saúde da unidade (APENDICE F).

Diariamente, a Unidade de Saúde da Família trabalha no sentido de atender às demandas espontâneas:

1. O profissional que exerce a função de controlador de acesso, devido a Pandemia, aborda o usuário que chega à unidade logo na varanda frontal, verificando se o mesmo está de máscara, higienizando com álcool as mãos e orientando em seguida a se direcionar a recepção.
2. Na recepção, o ACS escuta o motivo da procura pela unidade, e verifica se o mesmo é cadastrado e faz parte do território adscrito;
3. E se o usuário necessita de agendamento, são preenchidos os dados do mesmo em um caderno que fica na recepção e explicado que o ACS do seu território irá agendar a consulta e comunicá-lo.
4. Caso o motivo da procura seja por algum atendimento de demanda espontânea, o usuário é encaminhado a sala de procedimentos aonde a técnica de enfermagem irá realizar o primeiro atendimento.
5. Caso seja necessário, o técnico de enfermagem aciona o enfermeiro que analisa a necessidade do atendimento imediato ou agendamento. No caso de

atendimento imediato, o mesmo é realizado no consultório da equipe, e se a indicação for o agendamento da consulta, a enfermeira tem autonomia de agendar diretamente no prontuário eletrônico. Pôde-se perceber um Acolhimento pela enfermeira e sua responsabilização com o usuário.

6. Se o motivo da procura forem outros serviços da unidade, o ACS encaminha no sistema para a sala correspondente, como por exemplo: consulta programada, vacina, farmácia, odontologia.

4.3 Entrevistas com os Profissionais de Saúde

A primeira questão colocada foi sobre a percepção de como tem sido realizado o acolhimento na Unidade Básica de Saúde.

O acolhimento é garantido quando ocorre o atendimento aos usuários que procuram a unidade, escutando as suas necessidades e as suas vulnerabilidades, convergindo para a relação do cuidado (MITRE et al, 2012; MACEDO, TEIXEIRA, DAHER,2011).

Os profissionais relatam a organização de um fluxo de recepção dos usuários com os caminhos a serem percorridos. No início desse percurso a abordagem é feita pelo controlador de acesso que dá um direcionamento inicial a partir da demanda do usuário. Já nessa etapa demonstra-se a preocupação com o acolhimento das necessidades do usuário conforme pode ser identificado na seguinte fala de um profissional de saúde:

“O paciente é recepcionado pelo controlador de acesso que cumprimenta o paciente e procura saber por que ele procurou a unidade.” (Profissional 1) .

Na recepção, a abordagem é feita pelos agentes comunitários de saúde que procuram identificar e encaminhar as demandas dos usuários. Observa-se uma preocupação de entender as necessidades dos usuários, independente da microárea ao qual ele esteja vinculado.

“Mesmo que seja de outro colega porque nem sempre o paciente é nosso já que a recepção trabalha com escala e não é a mesma pessoa todos os dias. Nós pegamos o paciente do colega e tentamos resolver o máximo e depois passamos o caso.”(Profissional 12)

Os usuários agendados são encaminhados para a consulta e os usuários de demanda livre encaminhados para avaliação da enfermagem. Outras demandas como marcação de consultas, imunização e renovação de receita são orientadas e redirecionadas.

“Quando o paciente é recebido e encaminhado a recepção e informa qual o problema dele, é encaminhado ao curativo, vacina ou atendimento onde a técnica verifica a pressão, glicemia, colhe melhor a história e faz o direcionamento ou para enfermagem ou para o médico.” (profissional 1)

Em relação a percepção de como ocorre o Acolhimento na unidade, os profissionais relataram que em 2019 foram realizadas reuniões de Educação Permanente com o apoio do NEPS, onde puderam refletir sobre como o usuário era atendido na unidade.

“Nós tivemos uma reunião geral, com a equipe toda, de como era o acolhimento. Fomos vendo o que estava falhando e tentando consertar até chegar num ponto de como deveria ser feito.” (profissional 5)

Recordamos que a EPS é uma política de educação estratégica para as equipes de saúde, onde a qualificação em serviço sendo o trabalho o cenário teórico-metodológico de aprendizagem, sendo enriquecedora a utilização de ferramentas como a problematização dos fluxos de trabalho (FORTUNA et al, 2013).

Os profissionais puderam perceber que o usuário percorria muitos espaços da unidade, com diversos encaminhamentos internos até conseguir ter a sua demanda escutada. Com isso, construíram um Fluxograma Descritor para identificar o percurso interno do usuário, identificando os “nós” a fim de qualificar a escuta e atendimento.

“Fizemos um fluxograma, pois percebemos que o usuário ia muito de um lado para o outro e demorava às vezes 1 hora dentro da unidade. Pactuamos que depois que saísse da consulta, apresentava suas referências o mais breve possível, que isso fosse feito ainda no consultório com a orientação médica, pois eles ainda têm muita dúvida sobre os exames. Outro fluxo é o de crianças que vem para consulta e vacina. Primeiro vai para consulta e depois para vacina para não ficar cheio dentro do consultório.” (profissional 3)

Durante o processo de construção do fluxograma nas oficinas do NEPS, os profissionais propuseram como ferramenta a criação de senhas com cores para os serviços ofertados. Assim, os usuários ficariam menos ansiosos na sala de espera, pois pela cor da sua

senha, entendiam que nem todos que estavam aguardando eram para o mesmo serviço.

“Criamos um papelzinho com a ordem de chegada e para qual serviço seria. Hoje em dia utilizamos a agenda no prontuário eletrônico”. (profissional 14)

Uma estratégia construída pela equipe nessas reuniões sobre Acolhimento foi a teatralização do fluxograma final para que todos os profissionais envolvidos pudessem, de forma dinâmica, compreender a nova proposta.

“Foi feito até um teatro, uma encenação, para gente memorizar como seria seguindo este fluxo.” (profissional 15)

Destacamos a importância da valorização da educação permanente dos profissionais na qualificação dos processos de cuidado em saúde. Observamos que apesar de nem todos os profissionais entrevistados terem participado das oficinas sobre acolhimento realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente, o objetivo dessa atividade foi sendo repassada para os novos profissionais em reuniões de equipe, através da educação permanente sobre o tema de acolhimento.

A garantia desse espaço evidenciado na USF São José 01 para as equipes é crucial, sendo alertada por Santana (2008), que uma gerência inexpressiva aonde as rotinas não são revisadas, a comunicação é ineficaz e os planos não são prioridades inviabilizaria a superação do modelo de assistência tradicional.

Os profissionais indicaram que desde as reuniões de 2019 até os dias de atuais, tiveram mudanças na unidade, com a chegada de novos profissionais, inclusive um profissional técnico desempenhando um papel gerencial. Fazendo-se assim necessária a reavaliação constante de como ocorre o acesso do usuário a unidade.

“Tiveram várias reuniões porque tem funcionários novos que não passaram pelas oficinas do NEPS de 2019.” (profissional 4)

“Foi uma reunião para mostrar o que é o Acolhimento e estabeleceu este fluxo que melhorou bastante.” (profissional 1)

“O outro fluxo foi feito em reunião de equipe porque muita coisa mudou. Agora não tem mais prontuário de papel, tudo é colocado no prontuário eletrônico, no horário certinho.” (profissional 14)

Esses relatos nos remetem à política de EPS que concebe o processo de ensino e aprendizagem a partir dos problemas e necessidades inerentes ao cuidado em saúde qualificando e aperfeiçoando o processo de trabalho, orientando a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços (BRASIL, 2018).

Além da valorização das reuniões de equipes, a chegada de mais pessoas para compor a equipe técnica fortaleceu a possibilidade de dar maior assistência a população.

“Não depende só da minha equipe, mas temos nos esforçado bastante porque a maioria é nova, mas muito unidas. Uma vai ajudando a outra para poder se organizar. Nossa área é muito grande e distante, mas a gente tenta conhecer o máximo.” (profissional 2)

“Eu acho que melhorou muito com a chegada de mais funcionários que podem estar indo nas casas e fazendo cadastro.” (profissional 11)

A reavaliação do processo de Acolhimento realizado no último ano foi percebida de forma positiva pela equipe, pois identificaram a necessidade de ter um espaço seguro de fala para que o usuário pudesse relatar o motivo da sua ida à unidade de saúde.

“Agora melhorou muito, pois tem a sala do acolhimento. Antes o usuário chegava e falava tudo na recepção. Os outros cadastrados que na sua maioria são praticamente vizinhos, escutavam tudo que se falava.”
(profissional 14)

“Hoje já melhorou muito, temos até uma sala para escuta para que o paciente não fique tão exposto na recepção.” (profissional 3)

Essa garantia de espaço para escuta é realizada pelas técnicas de enfermagem da unidade, que são acionadas pelo agente comunitário que está escalado na recepção ao identificar alguma demanda que precisa ser melhor compreendida e avaliada no mesmo dia.

“Se for um caso em que o paciente precise falar alguma coisa que está sentindo, encaminhamos para a sala de acolhimento para ele não ficar exposto na recepção e aí as técnicas atendem.” (profissional 10)

As técnicas de enfermagem realizam a escuta e avaliação inicial do paciente, que aciona o atendimento da enfermagem para definição se o paciente será atendido no mesmo

dia, ou se irá gerar uma consulta programada.

“A demanda livre sempre passa pelo enfermeiro e dependendo da prioridade se dá no mesmo dia. A classificação é feita mais pela escuta mesmo.” (profissional 5)

“Os enfermeiros ficam na triagem e avaliam junto com as técnicas de enfermagem, o que precisa ser atendido hoje ou se pode ser agendado.” (profissional 3)

“As técnicas fazem a classificação de risco. Eles fazem a avaliação e se for alguma coisa mais urgente, já é passado logo para o médico.” (profissional 1)

Porém, mesmo com essa garantia de espaço para escuta, os profissionais conseguem identificar algumas dificuldades ainda encontradas.

Os Agentes Comunitários participam, em formato de escala, do acolhimento na recepção da unidade. Os usuários têm vínculo com o agente comunitário do seu território, utilizando o mesmo como referência ao procurar os serviços da unidade. Independente do ACS que esteja no Acolhimento, é importante a sensibilização para a tentativa de solucionar a demanda que levou o usuário a procurar a unidade de saúde.

“Alguns reclamam da abordagem, pois coisas simples que poderiam ser resolvidas ali às vezes fazem o paciente ficar, esperando muito tempo sem necessidade e também quando vem procurar por uma pessoa e esta tal pessoa não está na unidade, mandam voltar sem nem perguntar o que houve se pode ajudar. Já bloqueia aí e o paciente acaba desistindo. O paciente não está atrás de uma pessoa, ele quer resolver seus problemas.” (profissional 1)

Apesar da APS ser reconhecida como a porta de entrada do sistema de saúde, o acesso pode ser dificultado por problemas de organização, uso do acolhimento como barreira ao acesso, falta de recursos humanos e dificuldades em dar seguimento ao tratamento (CAMPOS, et al. 2014).

Os novos profissionais, por ainda não terem pleno conhecimento dos serviços e fluxos da unidade e da Rede de Atenção a Saúde do município, destacaram a necessidade de ter como referência o enfermeiro ou o gerente da unidade para que possam realizar as orientações adequadas na porta de entrada.

Um ACS novo às vezes tem algumas dificuldades, mas aí vai até a gerente ou enfermeira e tenta resolver da melhor maneira possível. Às vezes chega paciente muito alterado e nervoso, aí tem que ter paciência e deixar falar tudo, tem que ouvir primeiro para depois tentar resolver o problema. Isso acontece com bastante frequência. (profissional 8)

As ACS novas ainda estão se acostumando neste contexto de trabalhar pela saúde que é muito diferente de experiências anteriores. Às vezes é difícil elas entenderem o que o usuário veio fazer na unidade, quando eram usuárias tinham outra visão. Achavam que não tinham tantos serviços que o usuário vinha buscar no posto. (profissional 3)

Quando existe uma dificuldade do entendimento a necessidade do paciente, o profissional que está na recepção aciona outros profissionais da equipe multiprofissional na busca pela resolutividade a demanda apresentada.

“A dificuldade do usuário se expressar em tudo que ele realmente necessita. Às vezes vem agendar uma consulta e depois retorna dizendo que esqueceu falar com o médico outras coisas. Às vezes temos que chamar até outros profissionais para ajudar a descobrir o que eles realmente querem; Várias vezes as ACS tem dificuldade nesta parte técnica” (profissional 3)

Às vezes falta à comunicação escutar exatamente o que o paciente quer e dar uma resposta clara. Por vezes ele chega com uma questão e vai embora sem resolver, aí volta com a mesma questão. Achamos que eles entenderam e voltam no outro dia. Não se sabe explicar bem ao paciente. Seria melhor perguntar: Ficou claro? Ficou entendido? (profissional 5)

É identificada também a questão da demanda trazida pelo mesmo ir além da competência da unidade de saúde e seus serviços ofertados.

Os pacientes demonstram impaciência e insatisfação com questões relacionadas a fluxos externos da Rede de Saúde, como agendamento de consultas na atenção especializada, dificuldade de realização de algum exame complementar, e também quando o outro serviço de saúde não oferece um acolhimento ao usuário de forma humanizada.

“Os maiores desafios são na marcação de consultas e exames que são fora da unidade, porque dependem da regulação e em geral a quantidade de vagas é limitada. É uma dificuldade porque é fora da unidade, não pode ser resolvido aqui.”

(profissional 11)

“Eu acho que os problemas não são internos, acontecem por conta do fluxo externo. Tem cadastrados que chegam aqui irritados, gritando e falando muito na recepção porque já passaram por outros postos, pela emergência, ou seja, já andaram o dia inteiro.” (profissional 14)

Para garantir a integralidade da atenção, a ESF precisa estar integrada à rede assistencial e assumir o papel de coordenadora da continuidade da atenção ao usuário. Contudo, ela tem enfrentado problemas relacionados à dificuldade de comunicação entre profissionais na rede assistencial e a fragilidade na criação de laços interpessoais devido ao foco na doença que dificulta a adesão ao tratamento e à qualidade de vida do usuário (ARANTES, SHIMIZU, MERCHAN-HAMANN, 2016).

Para além das barreiras relacionadas aos fluxos da RAS, os profissionais identificam um desafio interno na gestão da agenda, relacionado à dificuldade de agendamento para os profissionais das equipes de saúde da família da unidade porque cada ACS tem um número de vagas semanal.

“As vagas, talvez se tivéssemos mais vagas, umas 08 ou 10 vagas, poderíamos ajudar mais pessoas necessitadas. Por exemplo, este mês eu não tenho mais vagas. Aí tenho que escolher, vai marcar este com pressão alta ou este com depressão ou ainda o outro com uma ferida. Quando falta uma vaga, nós tentamos inclusive fazer troca” (profissional 2)

O agendamento ocorre através do agente comunitário ou pela equipe técnica, através da escuta qualificada realizada pelo enfermeiro ou diretamente na consulta, sendo neste caso o agendamento para retorno.

“O agendamento ou ele faz direto na recepção ou liga para agendar, ou quando a ACS vai a casa ele traz o problema, ela agenda ou ainda este agendamento é feito diretamente como retorno.” (profissional 1)

“Eu tenho um caderno que tem uma lista de todos os meus cadastrados, inclusive crianças. Desde que entrei, vou pegando e marcando as consultas. Naqueles que eu marco, boto a data, à hora, se faltou ou se foi atendido.” (profissional 12)

As linhas de cuidado possuem uma garantia maior de agendamento porque possuem periodicidade de consultas definida em protocolos.

“Os que não têm dificuldades com o agendamento é a puericultura até os dois anos e o pré-natal, pois já saem com o agendamento de retorno. Quando faltam é feita a busca ativa. Os hipertensos e diabéticos que já estão sendo acompanhados e precisam de um intervalo menor de consulta, também tem mais facilidade de fazer o agendamento.” (profissional 1)

Na Odontologia, a avaliação inicial e escuta é feita diretamente na sala da equipe de saúde bucal ficando todo o processo de trabalho centralizado nas profissionais da equipe, onde não há outra forma de agendamento.

“Das outras áreas eu não sei direito, mas pra odontologia é feito diretamente com a equipe.” (profissional 6)

“Na odontologia vai direto e fazem a marcação. Se for para outros profissionais, são as ACS que marcam.” (profissional 13)

O modelo de gestão de agenda das equipes da unidade necessitaria de avaliação de todo o processo, se está suprimindo as necessidades do território, conforme sinalizado por alguns profissionais.

“A meu ver o usuário poderia chega à unidade solicitando um agendamento e qualquer profissional poderia fazer isso para ele, não gostaria que isso ficasse nas mãos dos ACS.” (profissional 3)

A idéia de que se produz saúde apenas quando há produção de exames e procedimentos gera segundo Franco e Merhy (2005):

“[...] a produção de uma demanda para os serviços de saúde que não é real, mas imaginária, isto é, os usuários apresentam-se nos serviços de saúde buscando o procedimento e não o cuidado, porque tem a falsa imagem que há um equivalente entre eles chamado de produção imaginaria da demanda”.

Os profissionais informaram que dentre os ajustes realizados no ano de 2020 com a chegada do profissional executando o papel de gerente do serviço de saúde, foi sugerida a

criação de um caderno que fica na recepção, aonde eles anotam os dados do usuário que procura a unidade solicitando agendamento de consulta e relatam o motivo da consulta.

Este caderno é verificado todo fim do dia pelos ACS para anotarem as solicitações de consultas do seu território, e nas reuniões semanais as equipes avaliam as demandas trazidas pelo ACS e o caderno, a fim de organizar os próximos agendamentos.

“Por isso se fez um caderno onde se coloca todas as necessidades do paciente e então no final do dia o seu ACS ou médico pode olhar e ver todos os problemas que foram trazidos.” (profissional 5)

“O que acontece é que temos poucas vagas e a demanda é muito grande. Muitos vêm atrás de consultas, mas temos esta fila de espera, então ele pode sair sem ter a consulta marcada para quando ele desejava.” (profissional 10)

“Nos pedidos de marcação de consulta, cada equipe tem um caderno de anotação onde é anotado que o paciente tal, referente a tal área, de tal ACS, solicita uma consulta por tal motivo.” (profissional 15)

Embora identifiquem essa dificuldade no agendamento, eles também apresentam outras estratégias na tentativa de darem mais acesso aos usuários que necessitam de consulta com maior celeridade, contando com a flexibilidade e parceria da equipe técnica.

“Quando a necessidade é muito grande, chamo a médica, converso e muitas vezes ela abre a agenda e diz: coloca que eu vou atender.” (profissional 2)

“Se for um caso mais grave, chamamos o gerente ou a enfermeira pra ver a situação daquele momento, aí ele vai à equipe técnica e dependendo da situação vai para o médico. Também orientamos, pois se o paciente esta mal, vem numa demanda livre e vai ser atendido conforme a necessidade.” (profissional 2)

Ainda como desafio nessa melhoria do acesso, um ponto que chama atenção é sobre o potencial de resolutividade da enfermagem seja por restrições baseadas nos protocolos vigentes no município ou pela dificuldade de espaço físico que garanta esse atendimento em paralelo com o do médico.

“Acho que a enfermagem foi tolhida em questões de várias coisas que agora só são feitas com o carimbo do médico, por exemplo, receitas, pedidos de exames,

encaminhamentos pela regulação.” (profissional 16)

“Outra grande dificuldade até para questões de indicadores pré estabelecidos pra ajudar no desempenho e qualidade do atendimento, é a questão das consultas de enfermagem. A princípio tem 01 consultório para dividir entre médicos e enfermeiro. Muitas demandas que vão para os médicos poderiam ter ido para enfermeira, mas não tem lugar pra atender. O NASF não tem sala para atender e acabam atendendo aqui também.” (profissional 1)

“A demanda livre é atendida no dia, mas os pacientes esporádicos têm mais dificuldades de agendamento até por conta da falta de espaço e vagas. Se tivéssemos mais espaço poderíamos atender mais junto com as consultas de enfermagem.” (profissional 1)

Segundo Macedo, Teixeira, Daher (2011), o Acolhimento tem a capacidade de deslocar da visão medico centrada para uma equipe multiprofissional com capacidade de realizar uma escuta sensível do usuário, comprometendo-se a buscar respostas ao problema de saúde.

Especialmente a partir de 2020, com o início da pandemia do Covid 19 , a USF São José 01 necessitou reorganizar o fluxo interno de pessoas dentro da unidade, garantindo espaçamento seguro.

“A questão da pandemia tem atrapalhado bastante e limitando os serviços que podem estar sendo oferecidos, esta questão da aglomeração acaba limitando.” (profissional 1)

Podemos observar pelas falas dos profissionais, devido à pandemia de coronavírus, um controle maior do acesso dos usuários. Evidencia-se a preocupação e o cuidado dos profissionais quanto ao fluxo dos usuários na unidade de saúde para evitar aglomeração e maior risco de transmissão:

“Nós estamos em período de pandemia, então o paciente não pode entrar direto. O rapaz que fica na entrada pergunta pra que o paciente veio e já manda pra recepção. Para farmácia os pacientes já sabem e vem direto. Se estiver muito cheio, o rapaz lá da frente vem e pega a medicação.” (Profissional 11)

É identificada a dificuldade para os pacientes se acostumarem a aguardar no lado externo da recepção, bem como entenderem o papel do controlador de acesso, porque a população se sente afastada da unidade por ocasião do protocolo.

Além de ajuste nas agendas dos profissionais, para evitar aglomeração na sala de espera, bem como a necessidade do controlador de acesso realizar a abordagem inicial na recepção, medidas de segurança foram indicadas para este momento: garantia que o usuário está de máscara, higienização das mãos com álcool gel, e a seleção de uma sala específica para atendimento ao paciente com suspeita de Covid 19.

“Com essa pandemia ficou muito tempo sem marcações, se for para marcação de consulta, nós olhamos na agenda e vemos os que são de maior prioridade como hipertensos, diabéticos e idosos. Se for um caso mais grave, chamamos o gerente ou a enfermeira pra ver a situação daquele momento, aí ele vai na equipe técnica e dependendo da situação vai para o médico.” (profissional 2)

É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária (GIOVANELLA, et AL 2020).

Percebe-se por fim, que o cuidado ao usuário do território adscrito, mesmo com todos esses desafios enfrentados pelas equipes, vem sendo priorizado por todos os profissionais.

“Eu acho que melhorou bastante. Aqui não temos muito esta separação por equipes. O cadastrado que é meu é seu. Quando a ACS está na recepção, tenta resolver o problema do cadastrado.” (profissional 14)

Têm pacientes que tem mais prioridades que outros e nisso que fazemos mais por estes, talvez, vamos esquecendo os que não têm tanta necessidade mas que também precisam ser cobertos por nós. Têm pacientes que vem todo mês na consulta e não precisam, aí vamos tentando conversar, que ele não precisa e dando prioridade a outros. (profissional 5)

Essa reflexão reforça a Política Nacional de Humanização que propõe o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, a reorganização dos serviços a partir da problematização dos processos de trabalho, além de mudanças na gestão para ampliar os espaços de discussão, de escuta e de decisões coletivas (MITRE, ANDRADE, COTTA, 2012).

4.4 Entrevistas com os usuários

Na abordagem inicial aos usuários, foi identificada a importância da referência do mesmo ao pensar em Acolhimento, onde pudemos observar que a maioria ao refletir qual o primeiro serviço de saúde recorre ao necessitar de atendimento, se reportam a sua unidade de saúde. No entanto, essa procura ocorre ligada a consultas programadas, vacinação, onde destacam que para atendimentos de emergência mais agudos procuram o Hospital Municipal Conde Modesto Leal.

“Primeira vez que venho para a consulta. Antes só trazia meus filhos para vacinar.”
(usuário 7)

“Eu primeiro venho aqui no posto e se precisar eles encaminham para o Hospital.”
(usuário 4)

“Para atendimento rápido de emergência vamos ao Hospital de Maricá, se for consulta aí viemos aqui.” (usuário 6)

“Geralmente procuro o Hospital e lá falam para vir no posto fazer o acompanhamento.” (usuário 2)

Tal retorno dos usuários em relação à escolha dos serviços que procuram para determinado perfil de atendimento e sobre a capacidade de resolutividade na USF São José 01, nos faz refletir com a STARFIELD (2002), onde a Atenção Primária a Saúde tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população, conciliando a assistência com prevenção e promoção da saúde.

Após essa reflexão inicial, iniciamos a análise de como ocorre o Acolhimento na unidade, sob o olhar e compreensão da população cadastrada.

Os usuários informaram que se identificam na recepção e explicam o motivo da procura.

“Contato de primeira, chego ao balcão e aviso o que quero. Se não for aqui eles encaminham e marcam, se for aqui sou imediatamente atendido.” (usuário 1)

“Eu mostro o cartão que tem o número, fala qual é o problema e eles encaminham para o médico, vacina, de acordo com o que você se apresenta ali.” (usuário 10)

Não podemos deixar de destacar a reorganização interna nesse momento de Pandemia, devido à necessidade de distanciamento social, onde o paciente fica aguardando nas longarinas posicionadas na área externa, o que requer uma atenção maior para que a equipe que o acolheu lembre que o mesmo está aguardando atendimento.

Retomando aos relatos sobre atendimento, alguns informam primeiro acionar o seu agente comunitário solicitando o agendamento da consulta, o que confirma a afirmativa inicial da visão da ESF como referencia para serviços programados.

“Nós falamos com a ACS e ela liga para dizer o dia e hora marcados.” (usuário 2)

“Minha esposa veio aqui e passou que eu estava precisando de um clínico para fazer exames de sangue e urina. A ACS marcou a consulta e me ligou.” (usuário 3)

Os que demonstraram procurar a unidade para atendimento além da consulta programada, explicaram que ao relatarem a demanda na recepção, foram encaminhados para avaliação da enfermagem e posterior atendimento médico.

“Eu cheguei e não tinha marcado consulta, mas como estava com dores resolvi vir direto. Aí a enfermeira me atendeu, perguntou qual era a situação e não demorou nem 05 minutos, o médico me chamou.” (usuário 8)

“Eu cheguei, falei a situação, pois minha filha está com febre, ele pediu pra aguardar um pouco e me encaixou.” (usuário 9)

Para demandas espontâneas, é relevante o fluxo apresentado pela equipe aonde após a escuta inicial na recepção, o usuário é encaminhado para uma sala para a escuta qualificada e avaliação pela equipe técnica, tendo assim seu atendimento realizado.

“Hoje vim atualizar o cadastro que estava com pendência. Sempre tem um rapaz procurando saber se pode ajudar e se o serviço tem naquele dia.” (usuário 8)

“Sim, o rapaz me encaixou. Passei pela sala de enfermagem, onde verificaram as condições da minha filha e aguardei o médico chamar.” (usuário 9)

Ao avaliar a forma de agendamento de consulta nas equipes, o mesmo é atrelado ao ACS, ficando o usuário aguardando esse retorno com a sua data de consulta.

Se o usuário for à unidade e solicitar agendamento, na maioria das vezes ele sai sem a consulta agendada, o que confirma o explanado anteriormente pelos profissionais que é colocado o nome no caderno da equipe para que o ACS realize o agendamento mediante as vagas disponibilizadas por semana e comunique aos pacientes.

“Para consulta estou tendo problema. Já coloquei os nomes há uns 03 meses, já mandei whatsapp também, mas eles dizem que está na fila pro agendamento.”
(usuário 11)

“Levou 03 meses, por isso muitas vezes recorro ao particular.” (usuário 14)

“Precisaria melhorar a marcação de consultas. Já fiquei 06 meses aguardando”.
(usuário 4)

Ainda sobre a reflexão a respeito da dificuldade de agendamento, a questão da estrutura física é pontuada, já que a unidade possui 01 consultório por equipe. Embora a unidade possua uma sala de procedimentos que garanta a escuta qualificada inicial, os usuários chamam atenção que o médico e o enfermeiro da equipe necessita realizar uma escala para atendimento no consultório.

“Acho que deveriam ter mais salas. Às vezes tem que esperar uma pessoa terminar com o atendimento para outro entrar.” (usuário 5)

Na USF São José 01, podemos reafirmar a importância do que BREHMER, VERDI, (2010) ressalta sobre um espaço que garanta o direito à privacidade e ao sigilo para o usuário para que o acolhimento não seja reprimido devido à precariedade de estrutura física ou da escassez de profissionais.

Além do foco em atendimento pela equipe técnica, também se identifica qualidade na realização de outros serviços, como curativo.

“Conseguo explicar tudo. Tive muito problema com varizes que estouravam e venho aqui para mais para curativo.” (usuário 12)

“Quando vim pra vacina, chego à recepção, eles pegam o nome da ACS e logo encaminha. Não tem fila grande nem muito de espera.” (usuário 7)

“Foi muito bom. O médico me ouviu, fez as perguntas passou o remédio e pediu

para voltar daqui a 01 mês. “(usuário 14)

Nesta reflexão da qualidade do cuidado ofertado ao usuário cadastrado, percebe-se a importância do vínculo do mesmo com seu agente comunitário.

“Sou diabético e eles me acompanham e me atendem muito bem, de imediato. Eles também vão à minha casa, os ACS.” (usuário 1)

“Hoje o rapaz falou que a pessoa responsável por mim não estava na unidade, mas chamou outra garota que sanou o problema rapidamente.” (usuário 8)

“Às vezes não tinha nem consulta marcada, mas a ACS conseguiu encaixar e já saímos daqui com a consulta e os medicamentos.” (usuário 2)

“Agora na pandemia tudo mudou, mesmo assim não tenho o que reclamar. Eu não tinha cadastro, mas agora que tem ACS na minha rua ficou tudo bem.” (usuário 7)

“O ACS está fazendo um trabalho ótimo. Ele é muito bom, atencioso e presente.” (usuário 15)

Mas, ainda percebemos a importância da vigilância constante e planejamento das rotas de visitas na garantia da frequência aos pacientes prioritários bem como os demais cadastrados.

“Não temos problemas com as pessoas daqui nosso problema é com a ACS, pois não dá muita assistência em casa. Se pudesse trocava de ACS.” (usuário 6)

Com a expansão para 02 equipes em 2019, estando às mesmas atualmente completas profissionalmente, foi percebida uma garantia da oferta dos serviços com mais qualidade e celeridade aos usuários.

“Quando chego na recepção sou atendida no que preciso. Aqui consigo acompanhar minha saúde, cheguei aqui diabética, hipertensa e não era controlada na outra unidade. Tenho 05 filhos e 02 são especiais e todos são muito bem acompanhados aqui.” (usuário 13)

“Ontem me ligaram pra avisar que os exames já chegaram e que eu tinha consulta marcada. Agora está sendo bem mais rápido.” (usuário 4)

Alguns usuários pontuaram que as necessidades que dependem de outros serviços nem sempre são resolvidas, onde não culpam a unidade de saúde da família, mas sim a Rede de Atenção a Saúde.

“A demanda foi atendida em certa parte. Não por culpa daqui, por culpa da burocracia. A gente sabe que não é culpa delas. É culpa do sistema.” (usuário 2)

“Tenho que passar pelo médico que trata dos problemas dessa veia da minha perna, mas com o COVID está difícil de marcar consultas. Pedi ao médico daqui que marcasse no Centro de Diagnóstico, ele marcou e deu tudo certo.” (usuário 15)

“Fui no posto de Saúde Central mas dizem que tem que ser aqui. Preciso de consulta para Pediatra e dentista no CEO, semana passada falei com a ACS no whatsapp, mas não tive resposta.”(usuário 11)

“Poderia ter mais médicos. Eu amo Maricá. Eu e minha esposa adoramos tudo aqui.” (usuário 1)

Foram observadas dificuldades para marcação de exames e procedimentos eletivos, ou mesmo na marcação de consultas especializadas, o que diz respeito não aos serviços prestados pela atenção primária, mas sim na referencia e conta referencia da RAS.

“Sim, mas nem sempre funciona muito bem, pois já esqueceram de mim e não avisaram a médica que eu estava presente.” (usuário 6)

“Me chamaram e eu falei que era consulta agendada. Viram meu nome no computador, pediram pra eu aguardar ser chamada e demorou muito.” (usuário 14)

E mesmo nos tempos atuais, aonde os fluxos das unidades de saúde precisaram ser reavaliados devido ao Covid 19, e tenham sido identificadas algumas dificuldades para agendamento de consultas na USF São José 01 ou no restante da RAS, o usuário demonstra satisfação com o cuidado que é ofertado.

“Não mudaria de equipe. Aqui é totalmente diferente da outra unidade onde era atendida.” (usuário 13)

“Eu sei que esse negócio de COVID atrapalhou um pouco o trabalho, mas está tudo dando certo.” (usuário 15)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o município de Maricá vem traçando estratégias para assegurar a melhoria da qualidade de vida da população. A rede de atenção e serviços de saúde está em franco desenvolvimento, onde o fortalecimento da APS fica evidenciado pela definição da mesma como porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

A observação do cotidiano de trabalho das equipes da USF São José 01 foi uma experiência fundamental para que o conjunto de discussões teóricas, aqui apresentadas, resultasse em uma análise do Acolhimento compreendido pelas práticas dos trabalhadores de saúde e dos usuários.

Neste momento, se faz importante destacar alguns resultados já explicitados anteriormente, que permitam uma reflexão das possibilidades de mudanças nos processos de trabalho da APS de Maricá para melhoria do Acolhimento ao usuário pela ESF.

Apesar da cobertura elevada da APS no município - maior de 75% - o acolhimento com escuta qualificada e o vínculo da população adscrita com a sua equipe multiprofissional surgem como desafios.

Dessa forma, de acordo com os objetivos específicos, procurei caracterizar como ocorre o acesso do usuário aos serviços ofertados pela unidade e descrever a estruturação do acolhimento baseado na reorganização do processo de trabalho, considerando a percepção dos profissionais de saúde envolvidos bem como a compreensão dos usuários atendidos.

Retomo alguns questionamentos da matriz de análise que motivaram essa pesquisa: o acolhimento compreendido pelos profissionais de saúde e pelos usuários; as barreiras que o serviço apresenta no acolhimento; e o acolhimento como forma de escuta e cuidado.

A predisposição para a escuta ao usuário seja através do vínculo construído com o ACS do seu território, ou na garantia desse espaço no acolhimento na sua unidade foram marcantes nesse estudo. As boas práticas dos trabalhadores e as relações interpessoais se mostraram capazes de minimizar os obstáculos enfrentados pelos usuários.

É bem verdade que no caso do acolhimento a demanda espontânea, não foi vista uma padronização de protocolo para uma classificação de risco, onde essa avaliação é feita de maneira informal respaldada pela avaliação da equipe multiprofissional de retaguarda.

É importante sinalizar que a APS encontra-se desafiada desde 2020 pela pandemia do SARS-CoV-2, que exigiu uma reorganização frente aos novos desafios que emergiram na garantia da coordenação do cuidado dos usuários, mesmo em isolamento.

Ao se falar de acolhimento, há de se ter o entendimento que é dar resolutividade as

demandas no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde.

A gestão da Agenda da equipe multiprofissional foi uma ferramenta ainda com desafios a serem enfrentados, sinalizada tanto pelos profissionais como pelos usuários.

Uma equipe de saúde da família precisa refletir que o acolhimento a uma demanda de consulta programada encontra barreiras no cuidado ao possuir de um livro de espera na recepção, aonde o ACS não sente autonomia e valorização do seu papel como também coordenador do cuidado pelo impedimento de poder agendar uma consulta para um usuário que procura a unidade de saúde, postergando a resolutividade da demanda do mesmo.

Uma agenda que estipula um número de vagas por ACS em contraponto as necessidades dos usuários do território, não colabora na realização do acolhimento no seu sentido da valorização da universalidade do SUS, que é acolher todo usuário que chega a unidade.

A reflexão continua no aspecto da resolutividade, aonde existe uma fila de espera, para agendamento médico em um território em que as equipes de saúde da família realizam uma cobertura inferior a população estimada cadastrada.

É necessário avançar no reconhecimento como porta de entrada e primeiro contato para os usuários, qualificando os seus trabalhadores na responsabilização sobre a população adscrita. É uma chance de reduzir a centralidade das consultas médicas e utilizando melhor os potenciais de outros profissionais estimulando o trabalho em equipe.

A valorização multiprofissional no atendimento aos usuários nas avaliações de demandas espontâneas, nas consultas programadas para os ciclos de vida, numa visita domiciliar ou mesmo num grupo educativo, é corroborada por Franco, Bueno, Merhy (1999), onde o acolhimento contempla reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Na observação participante estrutural da unidade, a existência de 01 consultório por equipe demonstrou ser uma barreira na busca pela garantia desse espaço na coordenação do cuidado a ser executada também pelo restante da equipe de saúde da família.

Ainda na linha da importância de dar solução às demandas do usuário, tanto os profissionais quanto os usuários evidenciaram a uma falta de articulação da RAS do município de Maricá com inexistência de fluxos ordenados, fragmentação da atenção especializada com ausência de contra.

Os resultados deste estudo revelaram o quanto ainda se faz necessário repensar os processos de trabalho em consonância com as diretrizes do SUS, priorizando a reordenação da

RAS de Maricá.

Afinal, o acolhimento é um dispositivo que demanda uma mudança de postura dos usuários, profissionais e gestores (MACEDO, TEIXEIRA, DAHER, 2011).

Destaco a importante iniciativa do NEPS e da SMS de propor a realização de oficinas nas reuniões de equipe de uma unidade piloto para analisar o processo de implantação do Acolhimento, através da Educação Permanente, que trouxe consideráveis ganhos na reflexão dos fluxos internos de atendimento, organização das demandas e agendas, e a responsabilização dos profissionais com aquele cidadão que busca o serviço de saúde.

Deste modo, percebe-se a necessidade de expandir essa discussão para as demais Unidades de Saúde da Família do município de Maricá, podendo ocorrer através de Oficinas que mesclariam as categorias profissionais de diferentes unidades, resgatando as temáticas utilizadas nas oficinas aplicadas na USF São Jose 01. Acredito também que a utilização das equipes multiprofissionais do NASF poderia ser produtiva para multiplicação dessas discussões, através da educação permanente, dentro das reuniões das ESF. Assim, a SMS e o NEPS conseguiriam incorporar e implantar o Acolhimento nas unidades.

Outra estratégia, com foco na popularização da ciência, é a construção de informativos educativos, a partir de tecnologias de rápida disseminação (podcasts, folders, cards), com linguagem acessível à população e aos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento na ESF e temáticas de garantia dos direitos ao acesso aos serviços pela população.

São desafios destacados durante a problematização na USF São Jose 01: a criação das linhas de cuidado da Atenção Primária de Maricá, bem como os fluxos assistenciais que envolvam a Vigilância em Saúde, Atenção Especializada e a Rede de Urgência e Emergência.

Para o fortalecimento da APS como porta de entrada da RAS, é necessário pensar em estratégias, através da Educação Permanente, nos diversos serviços, ações que transformem os processos de trabalho e o entendimento da importância de construção de uma rede assistencial humanizada, envolvendo todas as instâncias gestoras.

Após o entendimento de como funciona a APS no município, e principalmente a partir do processo de Educação Permanente na organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família, percebo que todas as possibilidades de análise dos relatos e cenas observadas não foram esgotadas, trazendo a certeza que esse fortalecimento da APS em Maricá está só começando.

Esses são tempos incertos que exigem reinventar processos de trabalho orientados a cada contexto, estabelecer novos fluxos, fortalecer redes, exercitar a solidariedade (GIOVANELLA, et al 2020).

6 REFERÊNCIAS

1. ALVES, M. G. M. et al. **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 34-51, out. 2014.
2. ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. **Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 5, p. 1499-1510, May 2016
3. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.
4. ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **ATLAS BRASIL.** Rio de Janeiro, PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/330270> Acesso em: 12/11/2020
5. AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n.35, p.797-810, dez. 2010.
6. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica 2017.** Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS.** Documento Base. Brasília; 2006.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
10. BRASIL. **Relatórios Públicos dos Sistemas da Atenção Básica,** Ministério da Saúde.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na**

- Atenção Básica.** Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2013. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2018
 14. BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 3, p. 3569-3578, Nov. 2010
 15. **CENSO BRASILEIRO DE 2010.** Rio de Janeiro. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
 16. CAMPOS, R.T.O. et al. **Avaliação da qualidade de acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários.** Saúde debate . Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, out. 2014.
 17. CECCIM, Ricardo Burg. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface (Botucatu), Botucatu , v. 9, n. 16, p. 161-168, Feb. 2005 .
 18. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **CENSO DEMOGRÁFICO 2010.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/marica/panorama> Acesso em: 22/10/2020
 19. CORREA, Vanessa de Almeida Ferreira. **Projetos terapêuticos: uma construção coletiva para a prática do enfermeiro na estratégia saúde da família.** Rio de Janeiro; s.n.;143 p. 2016
 20. FARIAS L.A.B.G, COLARES M.P, BARRETOTI F.K.A, CAVALCANTI L.P.G. **O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras.** Rev Bras Med Fam Comunidade. 15(42):2455; 2020.
 21. FERREIRA, LORENA et al. **Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura.** Saúde em Debate [online]. 2019, v. 43, n. 120
 22. FIGUEIREDO, EAB. et al. **Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID19: relato de experiência.** Rev. bras. promoç. saúde ; 34: 1-10, Fev 2021.
 23. FORTUNA, Cinira Magali et al . **Continuing education in the family health strategy: rethinking educational groups .** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 21, n. 4, p. 990-997, Aug. 2013 .

24. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 345-353, Apr. 1999
25. GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde.** Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.
26. GIOVANELLA, L. et al. **A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19.** Saúde em Debate, p.1-21, 2020. Preprint.
27. Japiassu, Renato Barbosa; Rached, Chennyfer Dobbins Abi. **Como a Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada ferramenta de apoio no combate ao COVID-19?** International Journal of Development Research. Vol 10, Maio. 2020
28. MARICÁ. **Plano Municipal de Saúde.** Município de Maricá, RJ. 2018
29. MARICÁ. **Plano Municipal de Educação Permanente para Saúde.** Município de Maricá, RJ. 2018. Disponível em: https://www.marica.rj.gov.br/pmeps_2018/
30. MARICÁ. **Mapas de Maricá.** Município de Maricá, RJ. Disponível em: <https://www.marica.rj.gov.br/mapa-de-marica/>
31. MACEDO, Carolina Alves; TEIXEIRA, Enéas Rangel; DAHER, Donizete Vago. **Possibilidades e limites do acolhimento na percepção de usuários.** Rev. enferm. UERJ; 19(3): 457-462, jul.-set. 2011.
32. MEDINA, Maria Guadalupe , et al. **Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, Jun. 2020.
33. MITRE, S.M; ANDRADE, E.I.G; COTTA, R.M.M. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(8):2071-2085, 2012.
34. MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R.(Orgs.) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244 p, 2005.
35. MINAYO, M. C. (Org.) **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.
36. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

37. NEVES, J.L. **Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades.** Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem., 1996.
38. **OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978**
39. Organización Panamericana de la Salud. **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria.** Washington, D.C.: OPAS; 2009
40. **Prontuário Eletrônico** do Cidadão. **VITACARE.** Município de Maricá, RJ. 2019
41. SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de pindamonhangaba universidade de taubaté. Taubaté – SP. 2008. [Dissertação]. Disponível em: . Acesso em: 27 de jun de 2013.
42. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.
43. SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. **A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013 .)
44. YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 4ª ed. Porto Alegre: BOOKMAN, 248p, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisa: A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente

Pesquisadora Responsável: Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves Sardinha

Instituição a que pertence: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal Fluminense

Formas de contato: Telefone: (21) 3587-9684

Outras formas de contato com o pesquisador: debyrsg@gmail.com

Nome do (a) voluntário(a): _____

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente*, de responsabilidade da pesquisadora Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves Sardinha.

Você foi escolhido (a) por ser um profissional da equipe de saúde da família que atua no acolhimento e/ou acompanhamento dos usuários desta Unidade Básica de Saúde.

O projeto tem por objetivos analisar o processo de implantação do Acolhimento na Unidade de Saúde da Família de São José 01 no município de Maricá, identificando, através da percepção do profissional de saúde, como ocorre a estruturação do acolhimento ao usuário, baseado na reorganização do processo de trabalho.

A pesquisa de campo ocorrerá por meio da observação da unidade e suas atividades diárias, entrevistas individuais com os trabalhadores da unidade de saúde e entrevistas individuais com os usuários que residem no território de abrangência da unidade, para aproximação do observador com a realidade local, os processos de trabalho e o cotidiano das atividades da unidade.

A sua cooperação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista, que será realizada a gravação do áudio e a mesma acontecerá dentro de um ambiente que garanta o sigilo das informações nesta unidade, respeitando sua privacidade e com duração em torno de 20 minutos.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir e retirar

seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer prejuízo para a continuidade do seu trabalho nesta unidade.

Se você achar que as perguntas estão causando algum tipo de constrangimento, pode deixar de respondê-las e desistir de participar deste estudo a qualquer momento. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente.

Para diminuir possíveis desconfortos, esta entrevista está sendo realizada em local reservado e o Sr.(a) tem liberdade para não responder às perguntas que considerar constrangedoras. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

A participação neste estudo não será remunerada nem resultará em gastos para o profissional.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa terão caráter confidencial e não serão divulgados em hipótese alguma para qualquer pessoa além do pesquisador, o que visa assegurar o sigilo de sua participação. Nenhum dado particular seu como nome ou identificação será divulgado na pesquisa, conforme determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. As gravações serão usadas somente para fins de pesquisa e estarão resguardadas com o uso do computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão dos processos de trabalho, além de contribuir para uma possível análise da estratégia de educação adotada pela NEPS da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá/RJ. Este conhecimento adquirido poderá servir para melhorar a qualidade dos processos de trabalho e conseqüentemente da assistência no âmbito da atenção primária à saúde da cidade de Maricá.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição. Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com a pesquisadora responsável. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora, comunique o fato ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da

Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por email ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas: E.mail: etica.ret@id.uff.br Tel/fax: (21) 2629-9189

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Este termo de consentimento encontra-se em duas vias – uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue a(o) Sr.(a).

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participar, como voluntário/a, do projeto de pesquisa acima descrito e autorizo ter a minha fala registrada por meio de gravação de voz. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas assinada por mim e pela pesquisadora responsável para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

_____, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do/a participante ou responsável legal)

(nome e assinatura do/a responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO

Pesquisa: A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente

Pesquisadora Responsável: Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves Sardinha

Instituição a que pertence: Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal Fluminense

Formas de contato: Telefone: (21) 3587-9684

Outras formas de contato com o pesquisador: debyrsg@gmail.com

Nome do(a) voluntário(a): _____

O (A) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto *A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente*, de responsabilidade da pesquisadora Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves Sardinha.

Você foi selecionado(a) para este estudo por ser maior de 18 anos, morar no território de abrangência desta Unidade de Saúde da Família, estar cadastrado e ter utilizado algum serviço ofertado pela unidade no dia da entrevista.

O projeto tem por objetivos analisar o processo de implantação do Acolhimento na Unidade de Saúde da Família de São José 01 no município de Maricá, identificando, através da percepção do usuário, se o novo modelo de acolhimento trouxe melhoria no acesso a saúde.

A pesquisa de campo ocorrerá por meio da observação da unidade e suas atividades diárias, entrevistas individuais com os trabalhadores da unidade de saúde e entrevistas individuais com os usuários, para aproximação do observador com a realidade local, os processos de trabalho e o cotidiano das atividades da unidade.

Na entrevista será realizada a gravação do áudio e a mesma acontecerá dentro de um ambiente desta unidade que garanta o sigilo das informações, respeitando sua privacidade e com duração em torno de 20 minutos. As questões abordadas serão sobre como o Acolhimento é compreendido pelo usuário e quais foram as barreiras enfrentadas durante o Acolhimento.

A sua participação é voluntária e a qualquer momento você poderá desistir e retirar

seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará qualquer prejuízo para o seu acompanhamento nesta unidade.

Se você achar que as perguntas estão causando algum tipo de constrangimento, pode deixar de respondê-las e desistir de participar deste estudo a qualquer momento. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente.

Para diminuir possíveis desconfortos, esta entrevista está sendo realizada em local reservado e o Sr.(a) tem liberdade para não responder às perguntas que considerar constrangedoras. Mais uma vez, será respeitada sua privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

A participação neste estudo não será remunerada nem resultará em gastos para o usuário.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa terão caráter confidencial e não serão divulgados em hipótese alguma para qualquer pessoa além do entrevistador, o que visa assegurar o sigilo de sua participação. Nenhum dado particular seu, como nome ou identificação, será divulgado na pesquisa, conforme determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. As gravações serão usadas somente para fins de pesquisa e estarão resguardados com o uso do computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha.

O benefício vinculado com sua participação na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão das dificuldades que as pessoas encontram no acesso a sua unidade de saúde da família e conscientizá-lo de ser acolhido com uma escuta qualificada. O entrevistado terá sua fala seja valorizada, assim como suas experiências na procura por serviços de saúde.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) são compostos por pessoas que trabalham para que todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos sejam aprovados de acordo com as normas éticas elaboradas pelo Ministério da Saúde. A avaliação dos CEPs leva em consideração os benefícios e riscos, procurando minimizá-los e busca garantir que os participantes tenham acesso a todos os direitos assegurados pelas agências regulatórias. Assim, os CEPs procuram defender a dignidade e os interesses dos participantes, incentivando sua autonomia e participação voluntária. Procure saber se este projeto foi aprovado pelo CEP desta instituição.

Em caso de dúvidas, ou querendo outras informações, entre em contato com a pesquisadora responsável. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora, comunique o fato ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da

Universidade Federal Fluminense (CEP FM/UFF), por email ou telefone, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00 horas. E.mail: etica.ret@id.uff.br Tel/fax: (21) 2629-9189

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Este termo de consentimento encontra-se em duas vias – uma via será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será entregue a(o) Sr.(a).

Eu, _____, declaro ter sido informado (a) de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participar, como voluntário/a, do projeto de pesquisa acima descrito e autorizo ter a minha fala registrada por meio de gravação de voz. Recebi uma via deste documento, rubricada em todas as páginas assinada por mim e pela pesquisadora responsável para realizar os procedimentos do estudo. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

_____, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do/a participante ou responsável legal)

(nome e assinatura do/a responsável por obter o consentimento)

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Este roteiro é provisório, podendo sofrer adaptações.

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NA USF SÃO JOSÉ 01

1. Observação da recepção aos usuários na UBS e encaminhamento da necessidade do mesmo;
2. Funcionamento do setor: entrada dos pacientes; acolhimento dos usuários; tempo de espera para ser atendido; rotinas, fluxos entre os profissionais; divisão de tarefas; composição da equipe; horários dos profissionais;
3. Observação das interações entre os trabalhadores, dos diversos níveis e categorias profissionais, e destes com a chefia/direção do setor;
4. Observação da interação entre profissionais e usuários, e com familiares dos usuários.
5. Observação da resolutividade, acompanhamento e encaminhamento dos profissionais para com o usuário.

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAÚDE

Este roteiro é provisório, podendo sofrer adaptações.

Identificação do participante

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Sexo: Masculino Feminino Outro: _____

Categoria que trabalha na Equipe de Saúde da Família:

A equipe de Saúde a quem pertence:

1. Dados sobre APS e vínculo de trabalho:

Há quanto tempo você trabalha na APS?

E nesta equipe?

2. Processo de trabalho:

Fale um pouco sobre sua prática, sua relação com seu trabalho, com os pacientes, com a equipe e com a secretaria municipal de saúde de Maricá.

Conte um pouco das dificuldades que você tem vivido no seu cotidiano de trabalho.

3. Acolhimento:

Na sua experiência como tem sido feito o acolhimento nesta UBS

(na porta de entrada, na consulta, nos atendimentos)

3.1 Existem instrumentos/diretrizes para isso?

3.2 Como você vê o cuidado que está sendo prestado aqui nessa UBS?

3.3 Qual a sua impressão das práticas de acolhimento da sua unidade hoje

3.4. Quais os desafios para melhoria do acolhimento

3.5 Na sua visão quais os limites e possibilidades de melhoria do cuidado nesta UBS.

4. Funcionamento da UBS:

4.1 Você conhece como é realizada a recepção do paciente nesta UBS?

4.2 A seu ver como funciona o agendamento?

4.3 A seu ver, como funciona a classificação de risco?

4.4 A seu ver, quais as dificuldades ainda encontradas no que diz respeito ao acolhimento nesta UBS.

APÊNDICE E – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O USUÁRIO

Este roteiro é provisório, podendo sofrer adaptações.

Entrevista N°.: _____

Data: _____

Identificação do participante

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: Masculino Feminino Outro: _____

Equipe de Saúde da Família a que pertence: _____

Cadastrado nesta unidade desde: _____

Data do ultimo atendimento nesta unidade: _____

Apresentação da Pesquisa

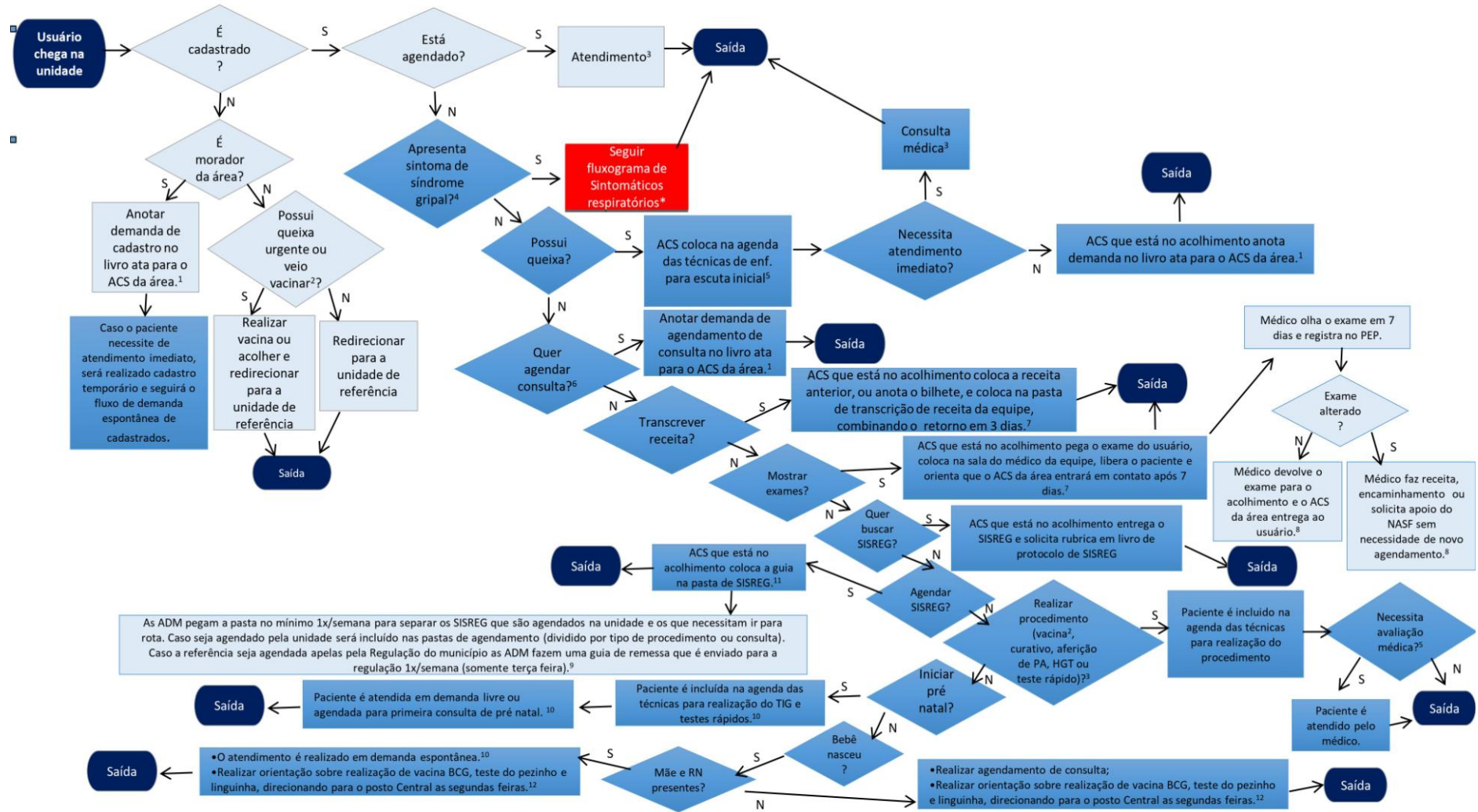
Solicitação de Autorização (TCLE)

Entrevista

1. O que vem na sua mente ao ouvir a palavra Acolhimento?
2. Qual o Serviço que o senhor (a) costuma procurar quando precisa de atendimento em saúde?
3. Como foi o primeiro contato com o profissional que te recebeu na unidade?
4. Como o senhor (a) se sentiu ao falar com a pessoa que recebeu você no Acolhimento?
5. O senhor (a) teve a ajuda que necessitava compreendida? Pode explicar melhor o porquê sentiu isso?
6. Como foram dadas as orientações e explicações?
7. Qual é a sua opinião sobre a maneira como você foi tratado no acolhimento, em termos da ajuda que recebeu para resolver seu problema?
8. Você ficou satisfeito com as condições das instalações onde foi acolhido?
9. Se pudesse, mudaria de equipe ou unidade de saúde? Se sim, por quê?
10. O que você sugere para melhorar esse atendimento inicial que é dado as pessoas quando chegam nesta unidade de saúde?

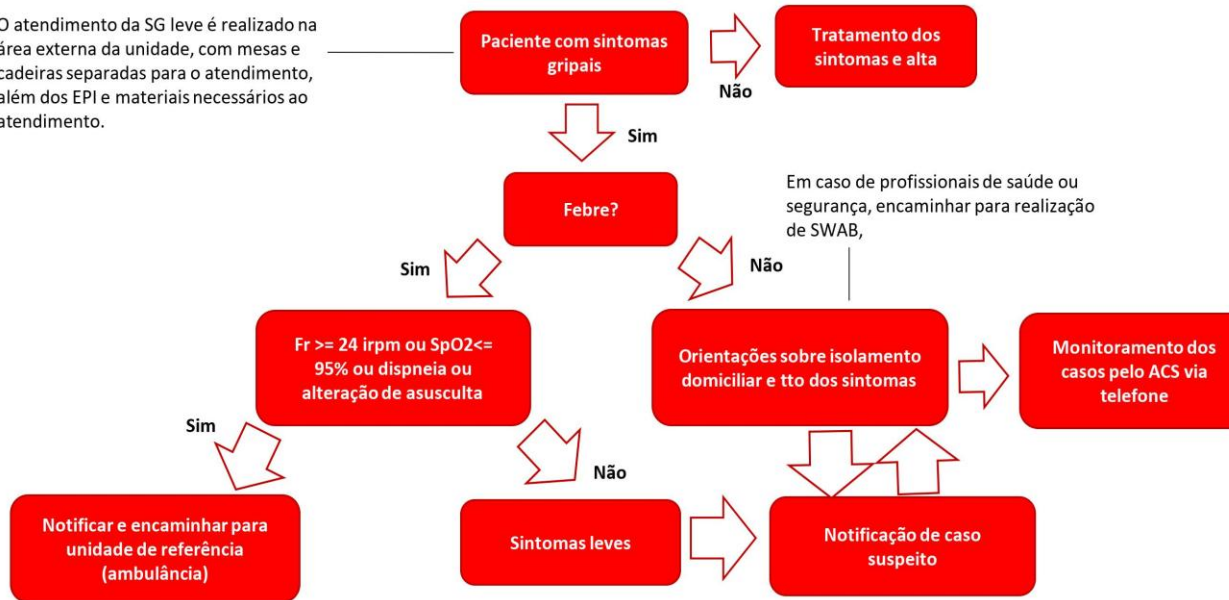
APÊNCIE F – FLUXOGRAMA DESCRITOR DO ACOLHIMENTO NA USF SÃO JOSÉ 01 /MARICÁ-RJ

FLUXOGRAMA DESCRITOR DO ACOLHIMENTO – ESF SÃO JOSÉ 1



*Fluxograma de sintomáticos respiratórios (COVID 19)

O atendimento da SG leve é realizado na área externa da unidade, com mesas e cadeiras separadas para o atendimento, além dos EPI e materiais necessários ao atendimento.

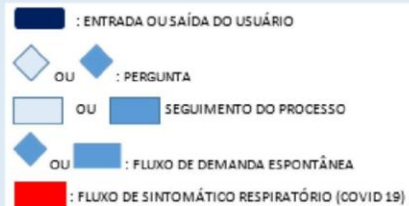


Após o atendimento, os EPI devem ser descartados e deve-se higienizar as superfícies e materiais que foram utilizados.

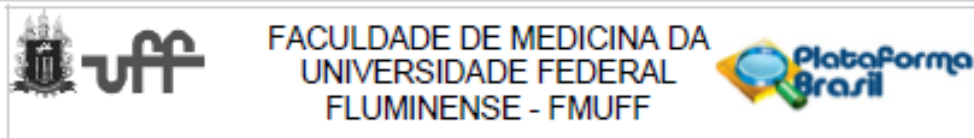
NÓS CRÍTICOS DO FLUXOGRAMA DESCRITOR DO ACOLHIMENTO

1. A opção do livro ata foi criado recentemente, visto que anteriormente todo recado era informado através de papeis anotados, que eram fixados em um quadro de aviso, inclusive para áreas que estão atualmente sem ACS. O livro ata pactua que o ACS que está na recepção irá anotar o recado, entretanto é de responsabilidade do próprio ACS da área olhar diariamente suas demandas e rubricar, informando a ciência. As áreas que não possuem ACS será comunicada pelo ACS escalado no acolhimento para o médico ou enfermeiro da equipe, que também irá rubricar a demanda informando ciência. Esta pactuação foi rubricada por todos os profissionais informando ciência do novo fluxo. Existia um nó crítico anterior, que os casos não eram vistos e resolvidos. Atualmente o processo está em avaliação.
2. O município não possui oferta suficiente de imunobiológico, sendo assim, muitas vezes falta vacina na unidade e o usuário sai sem resolução de sua demanda, principalmente no caso de Penta e DTPJ).
3. Alguns usuários reclamam da demora do atendimento;
4. Algumas vezes a escuta não é qualificada e o usuário acaba entrando na unidade com síndrome gripal.
5. As técnicas de enfermagem muitas vezes dispensam o usuário sem resolução de sua queixa, com receio de incluir na agenda do médico que está "lotada" (segundo sua própria avaliação), ou solicita ao usuário que retorne após o almoço (se tiver próximo ao horário de almoço), ou outro dia (se estiver próximo ao final do expediente).
6. O usuário não sai da unidade com consulta agendada e muitas vezes retorna mais de uma vez na unidade com a mesma queixa.
7. O prazo estabelecido pela equipe não é cumprido e o usuário retorna a unidade com a mesma queixa alguns dias depois.
8. O usuário se queixa que não viu o médico. Na maioria das vezes não há orientação de profissional de nível superior e a compreensão ou adesão do usuário torna-se frágil.
9. O SISREG do município é autorizado imediatamente, sendo assim não gera fila de espera. Caso haja vaga para a consulta ou o procedimento o agendamento é realizado rapidamente. Entretanto caso não haja vaga, a fila de espera torna-se uma parte na administração. Anteriormente as referencias eram armazenadas em diversas pastas, separadas apenas por "IMAGENS" e "CONSULTAS", sem separação por procedimento ou qualquer local que registre que aquele SISREG passou pela unidade. Atualmente foram separadas 3 pastas catálogos com divisórias, separandos os procedimentos ou consultas pelo nome existente no SISREG. Os SISREG só são incluídos na pasta após digitação na planilha de SISREG da unidade. O acesso foi restrito para que apenas os administrativos e a gerência tenha acesso as pastas. Ainda assim, os exames que não podem ser agendados pela unidade e são enviados para a regulação (apesar de digitados em planilha de envio para a rota) possuem menos controle. Alguns exames são perdidos pela Regulação do município.
10. Nem sempre os atendimentos são realizados em demanda espontânea, gerando atendimentos tardios. A busca ativa do ACS é importante nesse momento e ainda há falhas que precisam ser ajustadas.
11. O usuário vai buscar sua referência na unidade, o que pode significar ausência de visitas domiciliares pelo ACS.
12. O teste do pezinho, linguinha e a BCG são centralizados em alguns polos no município, desta forma a realização ocorre mais tardiamente

LEGENDA:



ANEXO: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente

Pesquisador: DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES SARDINHA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29709920.0.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.222.651

Apresentação do Projeto:

Trata-se do cumprimento de pendências do parecer deste CEP n. 4.111.846 de 25 de junho de 2020 que foram parcialmente cumpridas, embora a atual submissão tenha desencadeado novas pendências. O projeto de Mestrado Profissional pretende analisar o processo de implantação do Acolhimento, através da Educação Permanente, numa Unidade de Saúde da Família do município de Maricá.

O objetivo do estudo é caracterizar como ocorre o acesso do usuário aos serviços ofertados pela unidade, descrevendo a estruturação do acolhimento ao usuário, baseado na reorganização do processo de trabalho e na percepção do profissional de saúde e identificando através da percepção do usuário em relação a melhoria no acesso a saúde. A partir de um conjunto de relações entre a atenção básica em saúde, a educação permanente e a reorganização do trabalho daí oriunda são os marcos da proposta que busca aferir o mudanças no modo de acolhimento dos usuários depois de uma série de oficinas educativas para as equipes e do estabelecimento de novas rotinas de trabalho de acolhimento em uma experiência piloto.

Trata-se de um estudo de caso, numa Unidade de Saúde da Família, inserida no 1º Distrito do município de Maricá, localizado na região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Por ser uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, a observação participante e a entrevista semi-estruturada serão os instrumentos de trabalho de campo selecionados. A pesquisa de campo

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.net@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.222.651

ocorrerá por meio da observação participante, entrevistas individuais com os trabalhadores da unidade de saúde e entrevistas individuais com os usuários do território adscrito, para uma aproximação do observador com a realidade local, os processos de trabalho e o cotidiano das atividades da unidade.

Resolvida pendência, a pesquisa indica 32 participantes, sendo estes 16 usuários e 16 profissionais das equipes de trabalho da unidade. Ao refazer os critérios de inclusão e exclusão, tem-se como critério de inclusão: profissionais de saúde que compõem as duas equipes de saúde da família da Unidade de São José 01; usuários cadastrados na Unidade de São José 01 que sejam maiores de 18 anos e que tenham utilizado algum serviço ofertado pela unidade no período das entrevistas. Já como critério de exclusão: profissionais de saúde que se encontram afastados da unidade no período das entrevistas; usuário que apresente cadastro temporário, ou seja, que foi atendido, mas não possui cadastro em uma das equipes; usuários sem condição psicológica (quadros de depressão, ansiedade, entre outros transtornos mentais) relatados pelo próprio usuário ou responsável durante o contato para a entrevista.

A pesquisa de campo ocorrerá por meio da observação participante, entrevistas individuais com os trabalhadores da unidade de saúde e entrevistas individuais com os usuários do território adscrito, para uma aproximação do observador com a realidade local, os processos de trabalho e o cotidiano das atividades da unidade. Para observação participante da unidade básica de saúde serão realizadas durante 04 visitas de 08h semanais, em dias da semana alternados e dentro do período de 30 dias, onde a observação ocorrerá em turnos alternados com as entrevistas. Na observação participante serão analisadas as seguintes categorias:

- estrutural: a estrutura da UBS, os profissionais e recursos físicos envolvidos, e a cobertura territorial daquela unidade de saúde.

- organizacional: a organização do trabalho da equipe, as estratégias de atendimento à demanda espontânea, o monitoramento dos usuários na espera por atendimento e por agendamento, assim como a percepção dos profissionais sobre porta de entrada e garantia de acesso à atenção. As entrevistas individuais com os usuários e trabalhadores serão realizadas durante 04 visitas de 08h semanais. Os usuários serão abordados na unidade no período das entrevistas, que serão realizadas e audiogravadas dentro de um consultório desta unidade, respeitando sua privacidade e com duração de 20 minutos.

As entrevistas com os profissionais de saúde serão programadas para que não atrapalhe a rotina diária, tendo o cuidado de garantir a diversidade de categorias dentre os entrevistados. A abordagem com o usuário para o convite voluntário a participação no projeto ocorrerá após ele ter

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4ª Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.222.851

tido seu espaço de escuta na recepção da unidade, e explicando que a entrevista acontecerá após a finalização do motivo que o fez procurar a unidade.

Cabe ainda dizer que a análise desse material será realizada pela Análise de Conteúdo. Através dos resultados obtidos no estudo, pretende-se propor melhorias no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, aprimorando o atendimento à população.

Objetivo da Pesquisa:

São objetivos declarados da pesquisa

Objetivo Primário:

Analisar o processo de Implantação do Acolhimento, através da Educação Permanente, numa Unidade de Saúde da Família do município de Maricá.

Objetivo Secundário:

Caracterizar como ocorre o acesso do usuário aos serviços ofertados pela unidade; Descrever a estruturação do acolhimento ao usuário, baseado na reorganização do processo de trabalho e na percepção do profissional de saúde;

Identificar, através da percepção do usuário, se o novo modelo de acolhimento trouxe melhoria no acesso a saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São declarados riscos e benefícios

Riscos:

A participação é voluntária e a qualquer momento o entrevistado poderá desistir e retirar seu consentimento. Se ele achar que as perguntas estão causando algum tipo de constrangimento, pode deixar de respondê-las e desistir de participar deste estudo a qualquer momento. Caso se sinta mal, com algum problema de saúde ou informação solicitada, a entrevista poderá ser interrompida imediatamente.

Para diminuir possíveis desconfortos, a entrevista estará sendo realizada em local reservado e o entrevistado terá a liberdade para não responder às perguntas que considerar constrangedoras. Mais uma vez, será respeitada a privacidade e confidencialidade de todas as informações pessoais.

A participação neste estudo não será remunerada nem resultará em gastos para o entrevistado.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa terão caráter confidencial e não serão divulgados em hipótese alguma para qualquer pessoa além do entrevistador, o que visa assegurar o sigilo da participação. Nenhum dado particular, como nome ou identificação, será divulgado na pesquisa, conforme determinações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. As gravações serão usadas

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
Bairro: Centro CEP: 24.033-900
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.222.651

somente para fins de pesquisa e estarão resguardados com o uso do computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha.

Benefícios:

A participação terá o benefício de nos fazer entender melhor quais são as dificuldades que as pessoas encontram no acesso a sua unidade de saúde da família e conscientizá-lo de ser acolhido com uma escuta qualificada. Além desses, a participação do profissional da saúde na pesquisa relaciona-se com a melhor compreensão dos processos de trabalho, além de contribuir para uma possível análise da estratégia de educação adotada pela NEPS da Secretaria Municipal de Saúde de Maricá/RJ. Este conhecimento adquirido poderá servir para melhorar a qualidade dos processos de trabalho e conseqüentemente da assistência no âmbito da atenção primária à saúde da cidade de Maricá.

O entrevistado terá sua fala seja valorizada, assim como suas experiências na procura por serviços de saúde.

O pesquisador responsável desenvolveu análise crítica dos riscos e benefícios, indicando as medidas de proteção aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa muito bem apresentado, de relevância acadêmica e clínica e cuja metodologia está dirigida para atender aos objetivos propostos. O tema é relevante para a categoria profissional proposta e o cenário atual do país. A pesquisa é relevante, a documentação, referencial teórico, metodologia e desenho do estudo estão adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória - estão todos presentes e corretos.

O TCLE requer apenas que se ajuste a distribuição do texto de modo que a assinatura não fique isolado na última página.

Recomendações:

O pesquisador deve ajustar a formatação do TCLE para que o campo das assinaturas não fique em página isolada, devendo fazer parte do corpo do texto.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE - FMUFF



Continuação do Parecer: 4.222.651

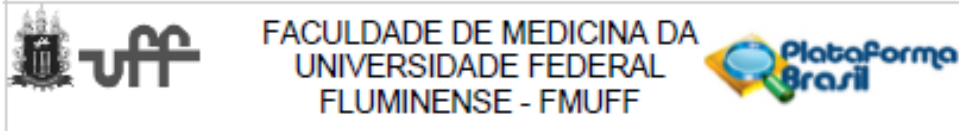
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1505831.pdf	24/07/2020 19:33:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DeborahSardinha.pdf	24/07/2020 19:24:09	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLEprofissionaldesaudeDeborahSardinha.doc	24/07/2020 19:18:54	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoDeborahSardinha.pdf	23/07/2020 23:45:20	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4111846.pdf	23/07/2020 23:24:25	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TECLEusuarioDeborahSardinha.doc	23/07/2020 23:23:38	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaRespostaParecerCEP.doc	23/07/2020 23:22:26	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Cronograma	Cronograma.xlsx	15/06/2020 23:21:33	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Outros	ROTEIROENTREVISTAdeborahsardinha.doc	19/04/2020 01:45:04	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito
Declaração de concordância	TERMOCONCORDANCIAdeborahsardinha.pdf	11/02/2020 14:25:46	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Aceito

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9189 Fax: (21)2629-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



Continuação do Parecer: 4.222.651

Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIAdeborahsardinha.pdf	11/02/2020 14:19:27	DEBORAH RODRIGUES DE SOUZA GONCALVES	Acelto
--	----------------------------------	------------------------	--------------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 19 de Agosto de 2020

Assinado por:
PATRICIA DE FÁTIMA LOPES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar (Prédio Anexo)
 Bairro: Centro CEP: 24.033-900
 UF: RJ Município: NITEROI
 Telefone: (21)2529-9189 Fax: (21)2529-9189 E-mail: etica.ret@id.uff.br



PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ - RJ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos que esta Instituição tem interesse em participar do projeto **A reorganização da porta de entrada em uma unidade de Saúde da Família no município de Maricá/RJ: o Acolhimento a partir do olhar da Educação Permanente**, proposto pelo pesquisador Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves, autorizando a sua execução.

Declaramos ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização está condicionada à aprovação final da proposta pelo (s) Comitê (s) de Ética em Pesquisa responsável (is) por sua avaliação.

Data, 05/02/2020.

SIMONE DA COSTA SILVA
SECRETÁRIA DE SAÚDE

Simone da Costa Silva
Secretária de Saúde
Mat.: 106016