



Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP  
Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde  
Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde

**RITA MARIA SPÓSITO ANTONINO TENÓRIO**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO DISPOSITIVO  
ACOLHIMENTO  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**

Recife  
2011

**RITA MARIA SPÓSITO ANTONINO TENÓRIO**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO DISPOSITIVO  
ACOLHIMENTO  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Institucionalização da Avaliação  
Orientador: Eronildo Felisberto  
Co-orientadora: Cinthia Kalyne de Almeida Alves

RECIFE  
2011

**RITA MARIA SPÓSITO ANTONINO TENÓRIO**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO DISPOSITIVO  
ACOLHIMENTO  
NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovado em 08 de setembro de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Taciana Duque – Faculdade Pernambucana de Saúde

---

Isabella Samico - IMIP

---

Eronildo Felisberto - IMIP

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, minha fortaleza, meu guia e meu refúgio em todas as horas de minha vida.

Ao meu marido Abelardo, amigo, companheiro, grande alicerce da minha vida, que sempre me estimulou a alçar novos vôos. Meu infinito amor.

Aos meus filhos Fábio, Carlos, Thiago e Marina que sempre me estimularam e apoiaram mesmo em todos os momentos das minhas ausências. Meus grandes e eternos amores.

Ao meu orientador, Eronildo por todo o conhecimento passado, pelo estímulo, aprendizado e ajuda na construção deste trabalho.

A minha co-orientadora Cinthia, pela paciência, disponibilidade, apoio precioso, sem se incomodar com hora, local. Pelo incentivo e condução de todo o trabalho. Pela amizade acima de tudo.

À coordenação do Mestrado, Isabella Samico, que em seu nome agradeço o apoio de toda a equipe e a todos os professores pela valiosa contribuição.

A todos os colegas do Mestrado que tanto incentivaram e dividiram seus conhecimentos e experiências.

Aos meus queridos amigos do Distrito Sanitário V que tanto me incentivaram durante esta jornada. Que sempre me apoiaram e ajudaram nos momentos de ausência, em especial aos meus entrevistadores Mauricéa, Márcia, Telma, Fernanda e Bruno.

À Secretaria de Saúde do Recife que me liberou em vários períodos da minha jornada de trabalho, demonstrando o estímulo à qualificação profissional.

A todos os diretores de Distrito pela compreensão e por ter aberto suas Unidades para pesquisa.

A todos os profissionais que se disponibilizaram a participar das entrevistas.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a implantação do Acolhimento nas USF - Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife, dispositivo ofertado pela gestão para qualificar os serviços de saúde. Buscou-se estimar o grau de implantação; identificar facilidades e dificuldades neste processo bem como os benefícios e eventuais prejuízos que sua implantação provocou. Trata-se de uma avaliação do tipo normativa realizada nas USF que adotaram a proposta em questão no período de dezembro de 2010 a julho de 2011. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 78 profissionais de três categorias de trabalhadores nas 26 Unidades de Saúde da Família envolvendo 55 Equipes de Saúde da Família. Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas utilizando-se duas matrizes de avaliação cujas pontuações foram inseridas numa planilha no programa Excel. A primeira matriz objetivou a aplicação de uma proposta mais sintética, contendo apenas 10 critérios identificados pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde Recife (Matriz Sintética do Modelo), como essenciais. A segunda matriz abrangeu 24 critérios e permitiu a análise da implantação da intervenção por componentes (Matriz Ampliada do Modelo). A aplicação do Modelo Sintético revelou que o acolhimento está implantado em 73% (19) das 26 USF, parcialmente implantado em 19% (5), e 8% (2) no estrato incipiente. A aplicação do Modelo Ampliado revelou que das 26 Unidades de Saúde da Família o acolhimento está implantado em 69% (18) das unidades, parcialmente implantados em 23% (6) e de forma incipiente 8% (2). Observou-se que a utilização da matriz sintética é sensível à emissão deste julgamento. Os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica da interpretação dos sentidos contemplando os eixos temáticos: componentes da intervenção, facilidades e dificuldades, benefícios e efeitos negativos na

implantação. Ampliação do acesso, redução de filas e melhorias no ambiente de trabalho foram os principais benefícios. As dificuldades de relacionamento na equipe dificultaram a implantação naquelas unidades cujo grau foi incipiente. A qualificação da relação usuário ainda encontra-se incipiente tendo em vista a necessidade de inserção da participação na comunidade no processo de implantação, fator relevante que aponta para necessidade de adotar dispositivos que medeie tal relação, o que pode ser feito com o fortalecimento da cultura avaliativa participativa. O estudo permite afirmar que o grau de implantação encontrado se constitui num caminho favorável em direção à mudança do modelo de atenção e gestão em prol da qualidade da assistência, da formação de sujeitos mais criativos, quanto da produção de saúde e da operação concreta dos princípios e no cotidiano do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acolhimento; Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

This work aimed to evaluate the implementation of the users embracement (Acolhimento) process in Family Health Units in Recife, this solution has been offered to qualify the health services. We tried to quantify the implementation, identify strengths, challenges, benefits and possible risks related to the implementation of this process. It is a normative assessment performed in the Family Health Units that have adopted the embracement process from December 2010 to July 2011. We conducted semi-structured interviews with 78 professionals from three categories of workers in 26 units involving 55 Family Health Teams. After transcription, the interviews were analyzed using two evaluation matrices whose scores were entered in a spreadsheet program, Excel. The first array was aimed at implementing a more synthetic proposal, containing only 10 essential criteria identified by decision makers of Health Department of Recife (Synthetic Matrix Model). The second matrix included 24 criteria and allowed the analysis of the deployment of components of the intervention (Matrix Extended Model). The application of synthetic model revealed that the embracement process has been fully implemented in 73% (19) of 26 Family Health Units, partially implemented in 19% (5), and 8% (2) is in incipient status. The results of the Expanded Model revealed that the embracement process has been fully implemented in 69% (18) of the 26 Family Health Units, partially implemented 23% (6) and incipiently 8% (2). It was observed that the use of synthetic matrix is sensitive to the issue of this trial. Qualitative data were analyzed using the technique of interpretation of senses considering themes as: components of intervention, ease of access and challenges, benefits and negative effects of implantation. Expanding access, reducing queues and improving the work environment were the main benefits. The conflicting work

relationships hampered the implementation process in those units categorized as incipient. The qualification of the user in the embracement process is still incipient lacking engagement of the community in the implementation process, therefore a need to adopt strategies that mediate this relationship should be prioritized. It can be done stimulating an active role from the users in the evaluation process. This study suggests that a path toward changing the care model has been found, but training of more creative subjects in accordance to the Unified Healthcare System principles is needed.

**Keywords:** Embracement; Health Evaluation; Primary Health Care



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AMQ - Avaliação para melhoria da Qualidade

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CONASS- Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF - Equipe de Saúde da Família

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNH – Programa Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

RPA - Região Político-Administrativa

SAD - Serviço de Assistência Domiciliar

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| QUADRO 1 - MATRIZ DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA APRESENTADA PELA SMS RECIFE (MATRIZ SINTÉTICA). RECIFE-PE, JANEIRO 2011 ..... | 37 |
| QUADRO 2. PROPOSTA MODELO AMPLIADO DA MATRIZ DE ANÁLISE DA INTERVENÇÃO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (MATRIZ AMPLIADA). RECIFE-PE,2011 .....                              | 38 |
| QUADRO 3. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO SEGUNDO A MATRIZ SINTÉTICA DO MODELO. RECIFE,2011 .....   | 43 |
| QUADRO 4. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO SEGUNDO MATRIZ AMPLIADA DO MODELO. RECIFE,2011 .....  | 45 |
| QUADRO 5. FRAGILIDADES NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE,2011 .....   | 47 |
| QUADRO 6. PONTUAÇÃO DOS CRITÉRIOS/INDICADORES POR COMPONENTE DO DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE, 2011 .....   | 51 |
| QUADRO 7. SÍNTESES E ANÁLISES DAS DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE,2011 .....   | 55 |

QUADRO 8. SÍNTESES E ANÁLISES DAS FACILIDADES NA  
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA. RECIFE,2011 .....57

QUADRO 9. BENEFÍCIOS ENCONTRADOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO  
ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE,2011  
.....58

QUADRO 10. EFEITOS NEGATIVOS ENCONTRADOS APÓS A  
IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA. RECIFE, 2011 .....61

## **LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS**

FIGURA 1. MODELO LÓGICO DO DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE-PE, 2011 .....33

GRÁFICO 1. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO SEGUNDO A MATRIZ SINTÉTICA DO MODELO. RECIFE, 2011 .....42

GRÁFICO 2. GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO SEGUNDO A MATRIZ AMPLIADA DO MODELO. RECIFE, 2011 .....44

## **LISTA DE APÊNDICE**

APÊNDICE A-ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA .....88

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....90

# SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

LISTA DE APÊNDICE

RESUMO

ABSTRACT

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 16 |
| 1.1. A Humanização no Sistema Único de Saúde .....                     | 19 |
| 1.2. O Acolhimento enquanto dispositivo de mudança .....               | 22 |
| 1.3. O Acolhimento no contexto municipal .....                         | 25 |
| 1.4. A avaliação na atenção básica: possibilidades metodológicas ..... | 26 |
| 2. OBJETIVOS .....   | 31 |
| 2.1. Geral .....   | 31 |
| 2.2. Específicos .....   | 31 |
| 3. MÉTODO .....  | 32 |
| 3.1. Desenho do estudo .....   | 32 |
| 3.2. Modelo Lógico da Intervenção .....                                | 32 |
| 3.3. Local do Estudo .....   | 34 |
| 3.4. Período do Estudo .....   | 34 |
| 3.5. Coleta de Dados e População do Estudo .....                       | 34 |

|  |    |
|--|----|
| 3.6. Processamento e Análise de dados .....  | 36 |
| 3.6.1 Obtenção do Grau de Implantação .....  | 39 |
| 3.6.2 Conhecimento sobre as facilidades e dificuldades na implantação, benefícios e efeitos negativos .....                | 41 |
| 3.7. Aspectos éticos .....   | 41 |
| 4. RESULTADOS .....  | 42 |
| 4.1. Grau de Implantação da Matriz Sintética do Modelo (adotado pela gestão da SMS Recife) .....                           | 42 |
| 4.2. Grau de Implantação do Acolhimento segundo a Matriz Ampliada do Modelo.....   | 44 |
| 4.3. Facilidades, Dificuldades, Benefícios e Efeitos Negativos encontrados no processo de implantação do acolhimento ..... | 52 |
| 5. DISCUSSÃO .....   | 62 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES .....  | 78 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 82 |
| APÊNDICE   |    |
| APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semi-estruturada .....  | 88 |
| APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido .....  | 90 |

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu a partir do movimento de reforma sanitária, o Sistema Único de Saúde - SUS que traz como pressuposto que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios e diretrizes a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços e o controle social, como respaldo à participação popular <sup>1</sup>.

O SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 e operacionalizado por Normas, criando uma rede articulada, territórios delimitados, com populações definidas e a garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de complexidade <sup>2</sup>. Vale destacar que esta normatização não está dada.

Seguindo a lógica proposta de reorganização do modelo de saúde, o Ministério da Saúde a partir de 1994, iniciou um processo de reorganização da atenção básica à saúde por meio do Programa de Saúde da Família - PSF que resgata elementos do território como os Sistemas Locais de Saúde, os Distritos Sanitários, a Programação e a Promoção à saúde <sup>3</sup>.

O PSF criado pelo Ministério da Saúde tem atenção centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas <sup>4</sup>.

Formulado enquanto um programa de saúde, o PSF passou a constituir-se uma estratégia permanente da política nacional de saúde, apresentando um caráter



de substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; trazendo entre seus pressupostos a Integralidade e a Hierarquização, estando inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde. Neste mesmo sentido, a territorialização e adscrição da clientela definem seu território de abrangência, desenvolvendo as ações a partir do trabalho com uma equipe multiprofissional. A Estratégia Saúde da Família visa estruturar a atenção básica e contribui com a reestruturação do modelo de saúde, estando este modelo centrado no usuário e sendo um dos principais pontos de acesso <sup>4</sup>. Starfield<sup>5</sup> indica princípios adotados pela Organização Mundial de Saúde - OMS para construir a base da atenção primária, como sendo, princípios dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde e centrado nas pessoas, onde os cidadãos influenciam os serviços de saúde e se responsabilizam pela sua própria saúde.

Para que o serviço de saúde adote práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e proporcionar autonomia. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como por exemplo, acolhimento e vínculo. A medida que se expande e se estrutura a oferta de serviços, e os municípios passam a assumir a responsabilidade pela atenção à saúde de seus municípios, o debate sobre o acesso a ações e serviços, impõe urgência, seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos <sup>6</sup>.

Em 2003, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS divulga a pesquisa nacional “A Saúde na Opinião dos Brasileiros” com o objetivo

de identificar o nível de conhecimento, opiniões, avaliações, grau de satisfação e posicionamentos da população brasileira sobre o atendimento prestado pelo SUS em todo o País, como também no intuito de subsidiar gestores para tomada de decisões. De acordo com os dados, destacamos que um dos principais problemas enfrentados por 41,3% é a fila de espera para obter consultas e que no Nordeste 97,4% dos usuários utilizam os serviços da atenção básica. O perfil dos usuários, 25,6% são SUS exclusivo e 67,1% são SUS compartilhado, ou seja, a maioria, de algum modo, são usuários ativos do SUS. A maior causa de insatisfação identificada com o atendimento SUS é o tempo de espera: demora em ser atendido, em filas de espera e para marcar consulta. O pior item avaliado foi a rapidez do SUS em resolver problemas de saúde. Em relação ao atendimento dos profissionais médico e enfermeiro, o bom atendimento é fator de satisfação. Ressaltamos um ponto comum das pesquisas realizadas em 1998 e 2002, onde ambas apresentam como grave problema dos serviços de saúde o fator tempo de espera <sup>7</sup>.

O Ministério da Saúde aponta alguns problemas identificados nos serviços de saúde como a convivência dos usuários com filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto a hora de chegada, algumas vagas na manhã, onde são atendidos principalmente os “mais fortes” e não os que mais necessitam de assistência; a reprodução de lidar com trabalho que privilegia a produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade; o atendimento a pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravamento do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde; exaustão dos profissionais devido à quantidade de atividades, sem conseguir avaliar e interferir nessas atividades de modo a melhor qualificá-las,

demonstraram uma lógica produtora de mais adoecimento, onde parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços, que, de modo geral, é organizado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento <sup>8</sup>.

### 1.1. A Humanização no Sistema Único de Saúde

Em um país de grande dimensão como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar. É dentro deste contexto que o Ministério da Saúde cria em 2003 a Política Nacional de Humanização, que é uma iniciativa inovadora, tendo por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. O que corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho <sup>8</sup>.

A Humanização é uma aposta metodológica, certo modo de fazer, lidar e intervir sobre problemas do cotidiano do SUS. Este método caracteriza-se pela tríplice inclusão: inclusão de pessoas, de coletivos e movimentos sociais e da perturbação, da tensão que estas inclusões produzem nas relações entre os sujeitos nos processos de gestão e de atenção, tomados como indissociáveis <sup>9</sup>.

Esta política apresenta cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefa produzir saúde: Gestão Democrática, Garantia dos

Direitos dos Usuários, Valorização do Trabalho, Clínica Ampliada e Acolhimento. Estas diretrizes estabelecem os rumos para a construção e experimentação de dispositivos, reorganizando processos de trabalho e favorecendo a construção de novas realidades institucionais, que permitam a emergência de novos modos de gerir e de cuidar <sup>8</sup>.

Como diretriz da Gestão Democrática, o enfoque se dá no fortalecimento do compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos; no apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos. Na diretriz Garantia dos Direitos dos Usuários destaca-se a preocupação com a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS. Na diretriz Valorização do Trabalho o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade. A diretriz Clínica Ampliada, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isto, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional <sup>8</sup>.

A proposta da Clínica Ampliada engloba os seguintes eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos

diagnósticos e terapêutica; ampliação do “objeto de trabalho”; transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; suporte para os profissionais de saúde. Assim, a Clínica Ampliada representa a redefinição (ampliação) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”. Considera que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde pode ser uma pessoa, um grupo, uma família, um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. Transcende a clínica tradicional que toma como objetivo somente a doença. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado<sup>9</sup>.

A construção de vínculos deve partir de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Por parte do usuário, a criação de vínculo será favorecida quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se co-responsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por ela procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados<sup>8</sup>. O vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço<sup>10</sup>.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É exatamente no sentido da ação de “estar

com” ou “próximo de” que se quer afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância política, ética e estética da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS <sup>8</sup>.

## 1.2. O acolhimento enquanto dispositivo de mudança

Segundo a política de humanização, acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com responsabilização e resolubilidade e, quando for o caso de orientar o usuário e a família para continuidade da assistência em outros serviços. Requer o estabelecimento de articulações com esses serviços para garantir a eficácia dos encaminhamentos. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser um dispositivo de acionamento de redes internas, externas, multidisciplinares, comprometidas com as respostas às necessidades dos cidadãos <sup>8</sup>.

Santos Filho <sup>11</sup> define dispositivo como a tradução das diretrizes em arranjos operativos, que irão funcionar visando promover mudanças nos processos de trabalho inseridos nas práticas de atenção e gestão.

Este dispositivo pode ser entendido como uma intervenção. Para Contandriopoulos et al <sup>12</sup> uma intervenção é “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

Em revisão da literatura, identificou-se estudos com diferentes enfoques e sentidos de acolhimento, destacando os relacionados à saúde mental, enfermagem e organização dos serviços <sup>13</sup>. Pereira & Ayres <sup>14</sup>, em análise da produção bibliográfica sobre acolhimento relacionado à organização e planejamento nos serviços de saúde, identificaram que o acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo "em defesa da vida".

Nesta pesquisa, o acolhimento será entendido como dispositivo, que neste contexto passa a ser sinônimo de intervenção, uma vez que visa a reorganização do processo de trabalho para qualificar a escuta e melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Recife opta pela reorganização do modelo de atenção à Saúde na perspectiva de reformular a atenção clínica com a incorporação de outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto e tomar como referência uma ampliação do objetivo na saúde: produção de saúde e produção de sujeitos <sup>15</sup>.

A implantação do Modelo "Recife em Defesa da Vida" é uma proposta em construção da reformulação da atenção e gestão, na área da saúde, em Recife e está fundamentado no compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e reforça a necessidade de: qualificar o sistema de co-gestão; criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;

fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde; fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade; considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; implantar diretrizes do acolhimento e clínica ampliada; melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção

15 .

Acolhimento e vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante “o trabalho vivo”, que é o trabalho em ação, em processo de construção. O trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que se pretende atingir <sup>16</sup>. O Acolhimento emerge com uma expressão significativa, que está em constante construção, buscando a produção de relações de escutas e responsabilizações, com constituição de vínculos e intervenções para a produção de saúde. Também, o Acolhimento pode mostrar o funcionamento da dinâmica e critérios de acessibilidade disponibilizados aos usuários <sup>17</sup>.

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania <sup>17</sup>.



Como dispositivo apresenta-se como possibilidade de argüir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados <sup>17; 18</sup>.

Deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde <sup>19</sup>.

### 1.3. O acolhimento no contexto municipal

O atual modelo de atenção e gestão da saúde do Recife reconhece como componentes do Acolhimento: avaliação do risco e necessidades de saúde caso a caso; resolução dos casos conforme gravidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), ou pronto socorro ou serviço de referência, responsabilizando-se pelo sucesso do acolhimento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da equipe local de referência; desenvolvimento de ações preventivas e de educação em saúde <sup>15</sup>.

A cidade do Recife possuía em outubro de 2010, 243 Equipes de Saúde da Família - ESF distribuídas em 06 Distritos Sanitários, onde de acordo com

informações da Gerência de Atenção Básica, 55 (22,5%) destas equipes, inseridas em 26 Unidades de Saúde da Família - USF, desenvolvem ações de acolhimento e 49 (20%) estão em processo de implantação<sup>20</sup>.

Vale ressaltar que para se afirmar que o Acolhimento encontra-se implantado, torna-se fundamental a definição de critérios que permitam a emissão de um julgamento sobre a sua implantação. A avaliação é uma atividade onde deve ser aplicado um juízo de valor a uma intervenção, através de um dispositivo que forneça informações cientificamente válidas e legítimas, permitindo aos atores envolvidos se posicionarem e construírem um julgamento capaz de se transformarem em ação. Desta forma, permite-se visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão<sup>21</sup>.

#### 1.4. A avaliação na atenção básica: possibilidades metodológicas

Há mais de uma década, a política da atenção básica tem sido fortalecida e assumida pelos municípios como responsáveis pela sua execução, enquanto que o Ministério da Saúde - MS e as Secretarias Estaduais passam a assumir papéis normativos e reguladores, cabendo desta forma, a avaliação do sistema de saúde. A partir de então, emergem movimentos que buscam a institucionalização da avaliação, repensando as práticas das pessoas e das organizações, visando à melhoria dos processos, do cuidado e das ações de saúde<sup>22</sup>.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde implanta a Política de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica, com o objetivo de institucionalização, associando avaliação e gestão, promovendo uma cultura do

campo da avaliação, onde as três esferas de gestão são co-responsáveis por este processo <sup>23</sup>.

Em 2005, o MS dá mais um passo no processo de institucionalização da avaliação na Atenção Básica, lançando o projeto de Avaliação para melhoria da Qualidade-AMQ direcionada ao âmbito municipal na Estratégia de Saúde da Família, envolvendo profissionais das equipes, coordenadores e gestores. Tem como metodologia a auto-avaliação, envolvendo diretamente e em co-responsabilidade todos os participantes de forma efetiva e direta, possibilitando subsidiar a tomada de decisão na gestão da qualidade em saúde <sup>24</sup>.

Diante desse contexto, torna-se fundamental a avaliação como forma de subsidiar o processo decisório diante da identificação de problemas, para a reorientação de ações e de novas práticas, como também a mensuração do impacto das ações implementadas. Desta forma, abre-se um espaço permanente para a avaliação, objetivando verificar como a teoria se materializa na prática, gerando um conhecimento real necessário a formulação de novas políticas <sup>2</sup>.

As avaliações de políticas e programas ofertam aos gestores a possibilidade de tomar decisões com maior segurança. Pode ainda favorecer a racionalidade do gasto público, sendo um instrumento para melhoria do desempenho das organizações, promovendo maior capacidade de alcance dos melhores resultados desejados, e gerando uma maior possibilidade de governança <sup>25</sup>.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que existem dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa se apóia em normas e critérios de cada componente-estrutura, processo e resultado

numa perspectiva descritiva. Já a pesquisa avaliativa utiliza-se de métodos científicos para julgar uma intervenção, além de incluir uma abordagem relacional, ou seja, buscando relacionar influência do contexto nos diversos níveis de implantação e também dos níveis de implantação em relação aos efeitos <sup>12</sup>.

As pesquisas avaliativas contemplam 6 tipos: a) a análise estratégica ou pertinência em relação à intervenção e o problema originário; b) a análise lógica ou fundamentos teóricos verificando a relação entre os objetivos e os meios utilizados para atingi-los; c) a análise de produtividade, relacionando os recursos empregados e os serviços produzidos; d) a análise dos efeitos, que relaciona a influência dos serviços sobre quem os utiliza, para analisar sua eficácia; e) a análise do rendimento, que analisa a eficiência, relacionando os recursos utilizados com os efeitos alcançados; e f) a análise de implantação, que relaciona as relações existentes entre a intervenção e o contexto <sup>26</sup>.

A análise de implantação permite, por meio de uma abordagem relacional, determinar a medida descritiva do grau de implantação da intervenção e analisar a contribuição da interação entre os componentes e os efeitos produzidos no contexto de sua implantação <sup>27</sup>. A estimativa do grau de implantação passa a ser um dos primeiros passos à análise de implantação de uma intervenção. A obtenção desta medida se dá por meio de uma avaliação normativa.

A avaliação normativa compreende duas dimensões: cobertura (extensão das ações) da intervenção e conformidade, também entendida como qualidade <sup>28</sup>. A avaliação da qualidade em saúde baseia-se em atributos que serão utilizados apresentando o modelo sistêmico de Donabedian a partir da tríade estrutura, processo e resultados. A estrutura, se referindo às características de seus

provedores, aos instrumentos e recursos, como também as condições físicas e organizacionais. O processo, se referindo às atividades, bens e serviços prestados. O resultado, verificando os efeitos a partir dos objetivos da intervenção <sup>29</sup>.

Na estrutura se trata de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. O processo é definido como “trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados”, e resultados como “trata-se de saber se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir” <sup>12</sup>.

A avaliação normativa prioritariamente inclui os componentes de estrutura e de processo para constituir a medida denominada grau de implantação. Utilizamos Denis e Champagne <sup>27</sup> para definir que grau de implantação, “é a contribuição dos componentes verdadeiramente implantados, do programa, na produção dos efeitos”. Os autores complementam ainda que a medição do grau de implantação de uma intervenção exige especificar *a priori* os componentes da intervenção; identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção; descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais. Para constituir a medida do grau de implantação é importante construir e validar o modelo lógico da intervenção. A partir de então se define os critérios relacionados à estrutura e ao processo da implantação.

É dentro deste contexto que este estudo se propõe a avaliar em que medida o acolhimento está implantado nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife.

Este estudo se torna relevante, uma vez que a Secretaria de Saúde da cidade do Recife propôs um modelo de implantação do Acolhimento, envolvendo gestores e profissionais, e que precisa ser avaliado na prática.

A grande contribuição do estudo se dá em dois âmbitos: melhorar o próprio instrumento da gestão, com a inclusão de novos indicadores e componentes e identificação de potencialidades e fragilidades que podem estar guiando tanto o fortalecimento quanto a expansão do acolhimento nos serviços de saúde no Recife.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1. Geral

Avaliar o grau de implantação do dispositivo “Acolhimento” nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife no ano de 2011.

### 2.2. Específicos

- ✓ Estimar o Grau de Implantação do acolhimento;
- ✓ Identificar facilidades e dificuldades na implantação do acolhimento;
- ✓ Identificar os benefícios e eventuais efeitos negativos da implantação do acolhimento nas unidades.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. Desenho do estudo

Tratou-se de uma avaliação normativa <sup>12</sup> que utilizou a abordagem quantitativa para estimar o grau de implantação da intervenção, e a qualitativa para analisar as facilidades e dificuldades da implantação do dispositivo, como também, os benefícios e efeitos negativos que a implantação trouxe para as unidades.

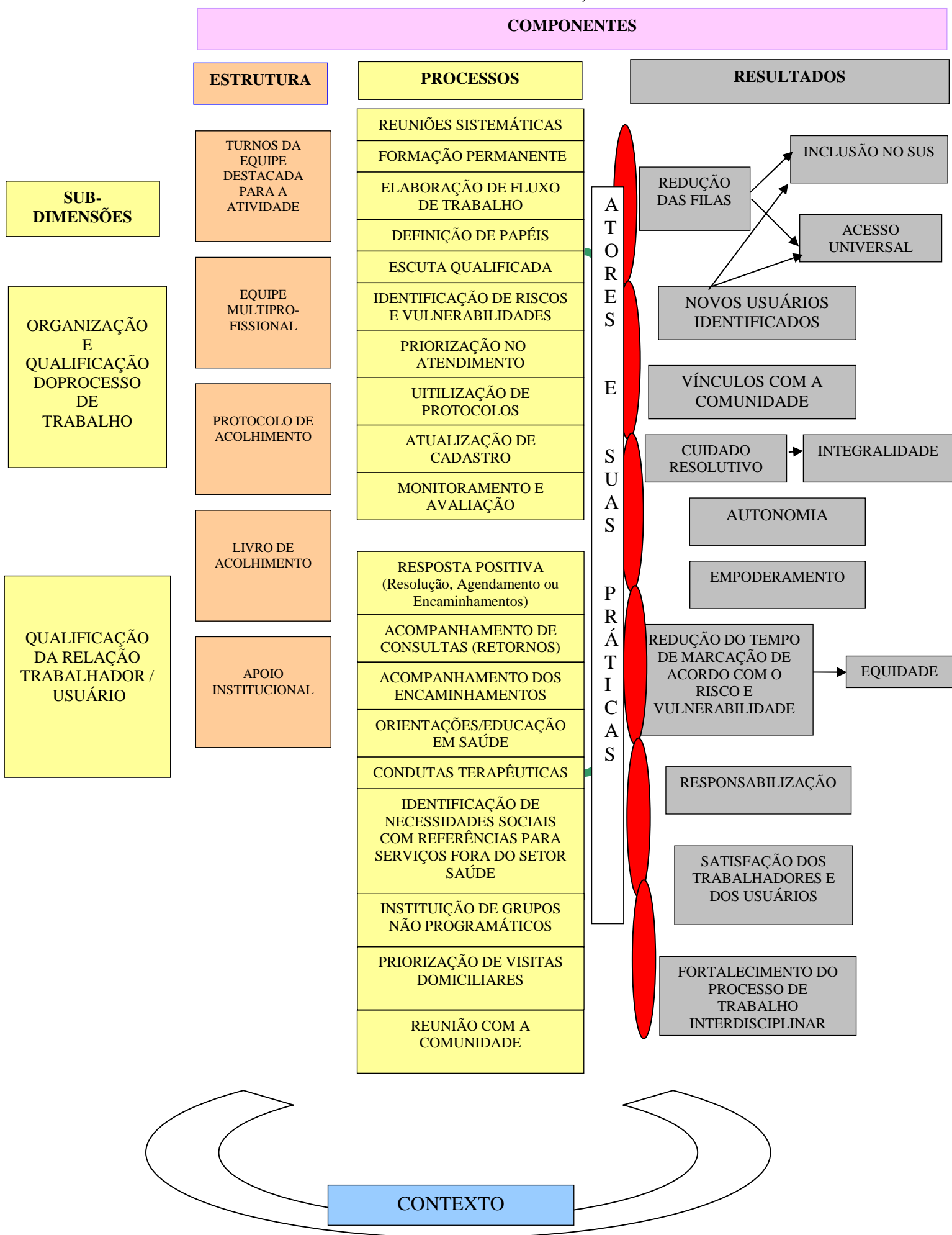
#### 3.2. Modelo Lógico da Intervenção

O modelo lógico é um esquema visual que representa a forma como um programa deve ser implementado e quais resultados são esperados <sup>30</sup>. A sua construção é uma forma de ampliar a validade interna do estudo <sup>31</sup>.

O modelo lógico (figura 1), previamente elaborado a partir da análise documental e levantamento bibliográfico (HumanizaSUS - Ministério da Saúde e Modelo em Defesa da Vida – Secretaria de Saúde do Recife) <sup>32</sup> foi utilizado pela gestão do município e subsidiou a proposta da matriz de indicadores para ser utilizado no Apoio Institucional no monitoramento e avaliação da implantação do acolhimento. Durante esse período de análise, a Gerência de Atenção Básica da SMS do Recife apresentou o modelo lógico da gestão especificando seus indicadores e critérios para avaliação do dispositivo acolhimento, onde o nosso modelo proposto se inseria em todos os itens apresentados.



**Figura 1. MODELO LÓGICO DO DISPOSITIVO ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA. RECIFE-PE, 2011.**



### 3.3. Local do estudo

O estudo foi realizado no Município do Recife, capital de Pernambuco, situado na Região Nordeste do Brasil.

A cidade do Recife possui 219.493 km<sup>2</sup> de área, com uma população residente de 1.537.704 habitantes (IBGE, 2010), correspondendo a 44% da população da Região Metropolitana e a 18% da população do Estado, propiciando uma densidade demográfica de 7.037,61 hab./km<sup>2</sup>. Divide-se territorialmente em 94 bairros e 6 Regiões Político-Administrativas - RPA. A RPA 1 – Centro possui 11 bairros, a RPA 2 – Norte possui 18 bairros, a RPA 3 – Noroeste possui 29 bairros, a RPA 4 – Oeste possui 12 bairros, a RPA 5 – Sudoeste possui 16 bairros e a RPA 6 – Sul possui 8 bairros. Dentro de cada RPA inserem-se os Distritos Sanitários, ligados à Secretaria Municipal de Saúde. Limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico.

### 3.4. Período do estudo

O período de estudo teve início em dezembro de 2010 sendo concluído em julho de 2011.

### 3.5. Coleta de dados e População do estudo

No campo da avaliação, existem diferentes abordagens e métodos de coleta de dados, que deverá ser escolhido de acordo com o objeto a que se pretende avaliar, com os objetivos da pesquisa, das dimensões de análise e do tipo de avaliação. Também deverá ser pensado no interesse dos envolvidos na intervenção,

considerando sempre as necessidades dos interessados e no contexto em que estão inseridos<sup>34</sup>.

Após a construção do Modelo Lógico, foi elaborada a Matriz Ampliada. E a partir desta matriz, foi construído o roteiro de entrevista semi-estruturada (apêndice A).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (apêndice A) com 78 profissionais de três categorias de trabalhadores, as quais englobam um profissional de nível superior, um de nível médio e por fim, um agente comunitário de saúde - ACS por USF que desenvolve ações de acolhimento. Estes profissionais integram as 26 Unidades de Saúde da Família e as 55 Equipes de Saúde da Família que estão com o dispositivo acolhimento implantado, segundo informação da Gerência de Atenção Básica da SMS do Recife, e foram indicados pela própria unidade de saúde. As entrevistas foram realizadas por profissionais de saúde do Distrito Sanitário V.

O Roteiro de entrevista (apêndice A) contém perguntas fechadas e as perguntas abertas abordaram as facilidades, as dificuldades, os benefícios e os prejuízos na implantação do Acolhimento e os critérios para avaliar o grau de implantação. As entrevistas foram gravadas com autorização dos profissionais entrevistados. A elaboração do instrumento de coleta de dados foi baseada no modelo lógico.

Apesar de aparecer como fonte de verificação, a observação direta e a análise documental não foram utilizadas.

### 3.6. Processamento e análise de dados

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas e a partir de suas análises, construíram-se duas planilhas de pontuações no programa Excel. A primeira objetivou estimar o grau de implantação aplicando-se uma matriz mais sintética, contendo apenas 10 critérios identificados pela gestão da SMS Recife como essenciais (Matriz Sintética - quadro 1). A segunda partiu de uma proposta mais ampliada cuja pontuação considerou a análise de 24 critérios, utilizando o Modelo Ampliado (Matriz Ampliada - quadro 2). Este último permite a análise da implantação por componentes.

Vale ressaltar que a Matriz Sintética foi construída pelo Apoio Institucional da Gerência de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Após a apresentação desta matriz, foi realizada uma adequação na pontuação da Matriz Ampliada.

As análises foram feitas por componentes do modelo e por USF.

Quadro 1 - Matriz de monitoramento e avaliação da implantação do dispositivo acolhimento na atenção básica apresentada pela SMS Recife (Matriz Sintética) Recife-PE, janeiro 2011.

| INDICADORES  | PADRÃO   | PONTUAÇÃO  | FONTE DE VERIFICAÇÃO                                 |
|--|--|--|--|
| Existência de equipe multidisciplinar destacada para realizar acolhimento com escuta qualificada   | sim/não  | 0,5  | Observação direta e escala da equipe                 |
| Nº de turnos com equipe multiprofissional destacada para realizar acolhimento com escuta qualificada                                     | 5 turnos   | 5 turnos= 1,0; 3-4 = 0,5; menor do que 3 = 0,0     | Livro do Acolhimento e cronograma da USF             |
| Existência do Livro de Acolhimento usado para registro diário com formato mínimo padrão a ser pactuado                                   | sim/não  | 0.5  | Observação direta                                    |
| Existência de protocolo construído pela equipe utilizado por todos os trabalhadores da USF   | sim/ não   | 1,0  | Observação direta                                    |
| % de hipertensos/diabéticos que procuraram a unidade e foram incluídos em outras atividades para além do acolhimento                     | 100%   | 1,5  | Livro do acolhimento                                 |
| Utilização de critérios de priorização no acolhimento (clínicos, sociais, subjetivos)  | Sim ou Não   | 0,5  | Protocolo de Acolhimento e observação direta GT e AI |
| Marcação de consulta não programática no acolhimento   | Sim ou Não   | 1,0  | Livro do acolhimento                                 |
| Existência de atividades educativas na sala de espera  | Diário   | Cinco vezes por semana = 1,0; até três vezes = 0,5 | Livro do acolhimento e/ou observação direta do GT/AI |
| Periodicidade na avaliação (avaliação do processo de trabalho + avaliação dos indicadores) do Acolhimento pelos profissionais da unidade | Pelo menos uma reunião mensal de avaliação/monitoramento | 2,0  | Atas das reuniões de equipe;                         |
| Projeto de implantação do Acolhimento pactuado com a comunidade atrelado a uma agenda de avaliação periódica                             | Sim ou Não   | 1,0  | Ata de reunião/assembléia com a comunidade           |

Fonte: SMS Recife, 2011

Quadro 2. Proposta Modelo Ampliado da Matriz de Análise da Intervenção Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (Matriz Ampliada). Recife-PE, 2011.

| <b>Componentes do Modelo</b>                              | <b>Crítérios (a partir dos produtos)</b>   | <b>Padrão</b>  | <b>Parâmetros para o julgamento</b>   |
|---|--|--|---|
| <b>ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b> | % de hipertensos/diabéticos que procuraram o acolhimento e foram incluídos em outras atividades além do acolhimento                                    | 100%   | 7 pontos se 100% das pessoas incluídas<br>5 pontos se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50%         |
|   | Utilização de critérios de priorização no acolhimento (clínicos, sociais e subjetivos)   | Protocolo  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Protocolo utilizado por todos os profissionais de nível superior que fazem parte da equipe de acolhimento  | Protocolo utilizado  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Capacitação da equipe sobre o acolhimento;   | 100%   | 5 pontos se 100% das pessoas foram capacitadas<br>3 pontos se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50% |
|   | Desenho de fluxo de atendimentos   | Estar desenhado  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Escuta com atenção das necessidades dos usuários;  | Estar presente   | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Atualização de cadastro de pacientes, ainda não identificados, que pertençam a região de cobertura;  | 100% cadastrado (dos identificados como sem cadastro no acolhimento) | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Realização de reuniões técnicas para integração, discussão de papéis entre os profissionais da equipe  | 1 reunião mensal realizada envolvendo estes objetivos                | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Periodicidade na avaliação (avaliação do processo de trabalho + avaliação dos indicadores) do acolhimento pelos profissionais da unidade               | 1 reunião mensal realizada envolvendo estes objetivos                | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Atendimento aos usuários priorizados de acordo com a identificação de risco e vulnerabilidade  | 100% dos usuários atendidos de acordo com o risco e vulnerabilidade. | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
| <b>QUALIFICAÇÃO DA RELAÇÃO TRABALHADOR-USUÁRIO</b>        | Resolução de pelo menos 50% dos atendimentos   | 50%  | 2,5 pontos se 100% resolvidos<br>1 ponto se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50%                   |
|   | Encaminhamentos de no máximo 20% para atendimento na unidade de referência   | 20%  | 2,5 pontos se 100% encaminhados<br>1 ponto se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50%                 |
|   | Marcação de consulta não programática no acolhimento conforme gravidade e vulnerabilidade  | 100%   | 2,5 pontos se 100% marcados<br>1 ponto se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50%                     |
|   | Projeto de implantação do acolhimento pactuado com a comunidade atrelado a uma agenda de avaliação periódica   | 1 reunião mensal realizada   | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Priorização de Visitas Domiciliares a partir de critérios de risco e vulnerabilidade (idosos acamados, gestantes puerpério...) a partir do acolhimento | 100%   | 3 pontos se 100% das priorizações<br>1 pontos se >50% ou < 100%;<br>0 pontos < 50%              |
|   | Acompanhamento de resolução de consultas   | Estar presente   | 2,5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Orientações aos usuários sobre os serviços disponíveis de referência no território;  | 80 a 100% dos que necessitam da referência                           | 2,5 pontos se = a 80% a 100%<br>1 pontos se < 80% a >40%<br>0 pontos < 40%                      |
|   | Instituição de grupos não programáticos.   | Estar presente   | 2,5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|   | Desenvolvimento de atividades preventivas e de educação em saúde junto aos usuários na sala de espera  | Estar presente   | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>E<br/>S<br/>T<br/>R<br/>U<br/>T<br/>U<br/>R<br/>A</b> | Protocolo elaborado (Existência de protocolo construído)   | Protocolo contendo condutas diante dos problemas de saúde apresentados no acolhimento | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|  | Presença do Apoio Institucional no acompanhamento e implantação do dispositivo junto a equipe          | Estar presente  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|  | Existência de livro de acolhimento usado para registro diário com formato mínimo padrão a ser pactuado | Estar presente  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |
|  | Número de turnos com equipe multiprofissional destacada para realizar acolhimento                      | 5 Turnos por semana   | 5 pontos se 5 turnos<br>3 pontos se 3 a 5 turnos<br>0 pontos < 3 turnos |
|  | Existência de equipe multidisciplinar destacada para realizar acolhimento                              | Estar presente  | 5 pontos SIM<br>0 pontos NÃO  |

### 3.6.1. Obtenção do Grau de Implantação

Os parâmetros do grau de implantação foram inicialmente definidos por meio de quartís, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey<sup>36</sup>.

Os pontos de corte foram ajustados após a aplicação dos critérios e comparação dos resultados obtidos nas duas matrizes.

Verificou-se que utilizando os estratos com os pontos de corte iguais para as duas matrizes, obtinha-se uma diferença nos resultados quanto ao grau de implantação das USF. Considerando as diferenças das quantidades definidas de critérios e das pontuações estipuladas, constatou-se a necessidade de ajustar os cortes dos extratos para cada planilha de matriz.

Foram definidos para a Matriz Sintética do Modelo (10 indicadores), os seguintes parâmetros para os quatro estratos: implantado, para aqueles valores que superam os 70%; parcialmente implantados, para os situados entre 50 a 65,5%; incipiente, de 30 a 45,5% e não implantados, inferiores a 29,5%. Vale ressaltar que as unidades que obtiveram pontuação acima do ponto de corte 7 foram classificadas no estrato implantado.

Para a Matriz Ampliada do Modelo (24 critérios/indicadores) foram definidos os seguintes parâmetros: implantado, com valores acima de 78%, parcialmente implantado, com valores desde 67 até 77,5%, incipiente, para os valores de 26 a 66% e não implantados, referente aos valores com índices inferiores a 25%.

Em síntese, os resultados apresentados partiram da aplicação das duas matrizes de avaliação: O Modelo A, sintético, adotado pela Gestão (contendo 10 critérios) e o Modelo B, ampliado, que contém vinte e quatro critérios e três componentes: um relativo à estrutura, e os outros dois relativo ao processo (um relacionado à reorganização do processo de trabalho e o outro à qualificação da relação trabalhador e usuário).

Para realizar a análise por componente, foram selecionados os critérios a partir da frequência com que estes apareciam nas entrevistas. Quando esse discurso era afirmativo em relação ao critério, foi considerada a pontuação positiva, atribuindo valor igual a um. Quando o conteúdo das entrevistas revelou que os critérios não eram atendidos, foi considerada pontuação nula, não sendo atribuída nenhuma pontuação. Ao final, foi feita a proporção e utilizado os mesmos pontos de corte. O percentual aplicado demonstrou o grau de implantação por componente.

Os dados quantitativos para estimar o Grau de Implantação foram processados também com a utilização do programa Excel.

Para facilitar a visualização da classificação das Unidades de Saúde da Família e seu enquadramento nos graus de implantação, foram adotadas, neste estudo, as cores verde, amarelo e vermelho, como forma de representar os níveis



implantado, parcialmente implantado e incipiente, respectivamente. Não foi adotada nenhuma cor para não implantada, uma vez que nenhuma Unidade se enquadrou neste grau.

3.6.2. Conhecimento sobre as facilidades e dificuldades na implantação, benefícios e efeitos negativos.

Os dados qualitativos foram analisados após a transcrição das entrevistas por meio da interpretação dos significados <sup>37</sup> seguindo os eixos temáticos: componentes da intervenção, facilidades e dificuldades, benefícios e prejuízos na implantação.

### 3.7. Aspectos éticos

Toda a pesquisa obedeceu aos critérios éticos definidos na Resolução 196/96. O projeto, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos - CEP do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, protocolo nº 2173/2011. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que concordam com a participação na pesquisa (apêndice B). Foi garantida a confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Grau de Implantação da Matriz Sintética do Modelo (adotado pela gestão da SMS Recife)

A aplicação dos critérios para a avaliação do grau de implantação da Matriz Sintética do Modelo, proposta da gestão da SMS Recife, revelou que o acolhimento está implantado em 73% (19) das 26 USF, parcialmente implantado em 19% (5), e 8% (2) na linha de incipiente.

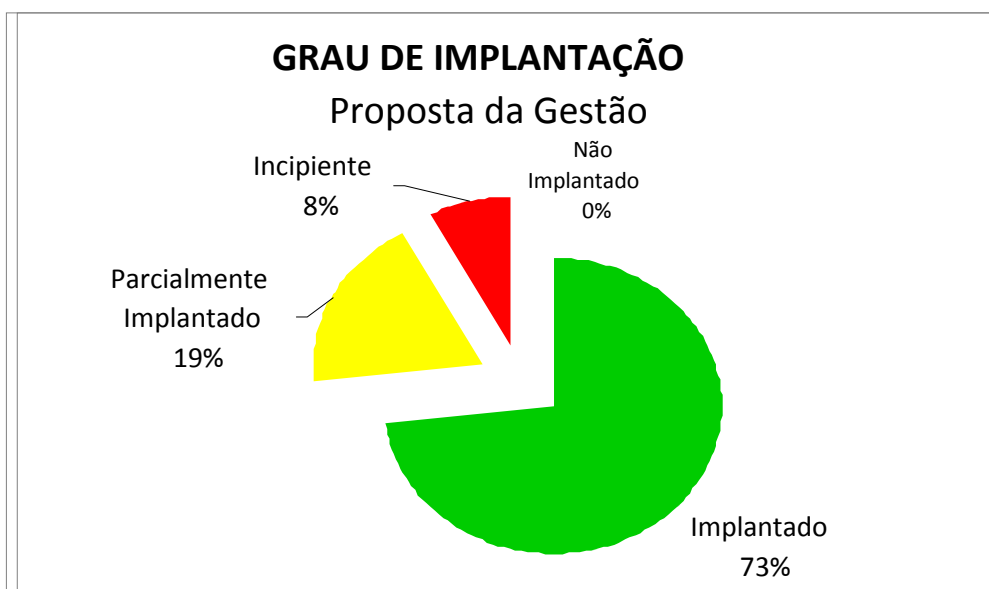


Gráfico 1. Grau de implantação do acolhimento segundo a Matriz Sintética do Modelo. Recife, 2011.

O quadro a seguir detalha os resultados por Unidades de Saúde da Família.

Quadro 3. Grau de Implantação do Acolhimento segundo a Matriz Sintética do Modelo.

Recife,2011.

| UNIDADE               | DISTRITO | PONTUAÇÃO OBSERVADA<br>(PONTUAÇÃO MÁXIMA -10) | GRAU DE IMPLANTAÇÃO | JULGAMENTO              |
|-----------------------|----------|---|---------------------|-------------------------|
| SÃO JOSÉ DO COQUE     | I        | 7   | 70%                 | IMPLANTADO              |
| IRMÃ TEREZINHA        | II       | 7   | 70%                 | IMPLANTADO              |
| BEBERIBE              | II       | 7   | 70%                 | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DA JAQUEIRA   | II       | 8   | 80%                 | IMPLANTADO              |
| CHÃO DE ESTRELAS      | II       | 9   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| ALTO JOSÉ BONIFÁCIO   | III      | 7,5   | 75%                 | IMPLANTADO              |
| ALTO JOSÉ DO PINHO    | III      | 8,5   | 85%                 | IMPLANTADO              |
| MORRO DA CONCEIÇÃO    | III      | 8,5   | 85%                 | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DO GENIPAPO   | III      | 8,5   | 85%                 | IMPLANTADO              |
| APIPUCOS              | III      | 9   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DA BICA       | III      | 9   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| SÃO BRAZ              | III      | 10  | 100%                | IMPLANTADO              |
| BRASILIT              | IV       | 9   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| VILA UNIÃO            | IV       | 9   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| CARANGUEIJO           | IV       | 9,5   | 95%                 | IMPLANTADO              |
| ENGENHO DO MEIO       | IV       | 10  | 100%                | IMPLANTADO              |
| COQUEIRAL             | V        | 8,5   | 85%                 | IMPLANTADO              |
| PLANETA DOS MACACOS I | V        | 7,5   | 75%                 | IMPLANTADO              |
| JIQUEÁ                | V        | 7   | 70%                 | IMPLANTADO              |
| ALTO DO CÉU           | II       | 5   | 50%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| CLUBE DOS DELEGADOS   | II       | 5,5   | 55%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| ALTO DO PASCOAL       | II       | 6   | 60%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| SÍTIO CARDOSO         | IV       | 6   | 60%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| CHICO MENDES          | V        | 5,5   | 55%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| COELHOS I             | I        | 4   | 40%                 | INCIPIENTE              |
| EMOCY KRAUSE          | IV       | 4,5   | 45%                 | INCIPIENTE              |

#### 4.2. Grau de Implantação do Acolhimento segundo a Matriz Ampliada do Modelo

A aplicação dos critérios para avaliação do Grau de Implantação da Matriz Ampliada do Modelo, revelou que das 26 Unidades de Saúde da Família o acolhimento está implantado em 69% (18) das unidades, parcialmente implantados em 23% (6) e de forma incipiente 8% (2).

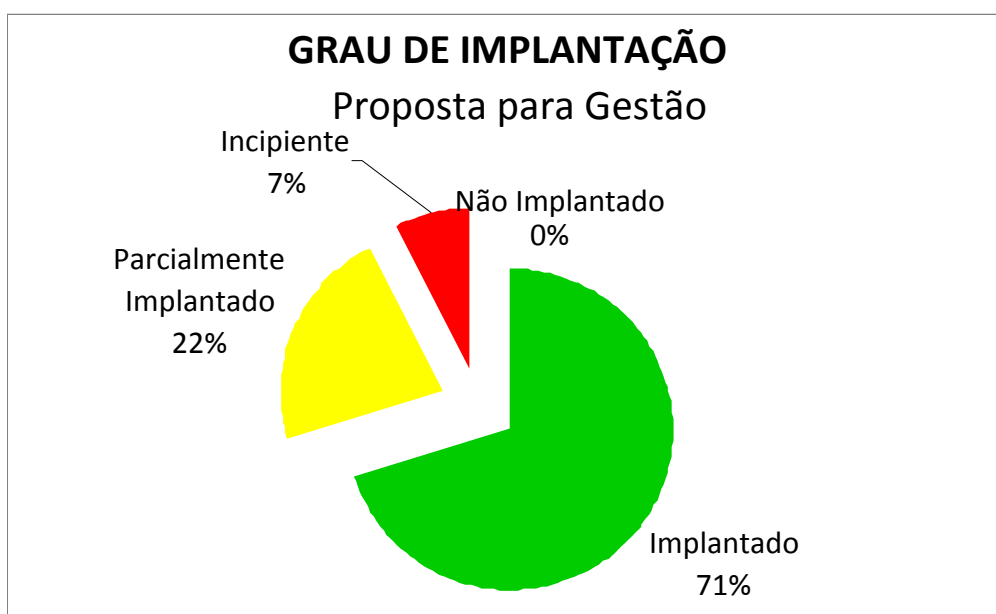


Gráfico 2. Grau de implantação do acolhimento segundo a Matriz Ampliada do Modelo. Recife, 2011.

O quadro a seguir detalha os resultados por Unidades de Saúde da Família. Vale ressaltar que as unidades que obtiveram pontuação acima do ponto de corte 78% foram classificadas no estrato de julgamento Implantado.

Quadro 4. Grau de Implantação do Acolhimento segundo Matriz Ampliada do Modelo. Recife, 2011.

| UNIDADE               | DISTRITO | PONTUAÇÃO OBSERVADA<br><small>Pontuação Máxima 100</small> | GRAU DE IMPLANTAÇÃO | JULGAMENTO              |
|-----------------------|----------|--|---------------------|-------------------------|
| SÃO JOSÉ DO COQUE     | I        | 78   | 78%                 | IMPLANTADO              |
| CHÃO DE ESTRELAS      | II       | 92,5   | 92,5%               | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DA JAQUEIRA   | II       | 86   | 86%                 | IMPLANTADO              |
| IRMÃ TEREZINHA        | II       | 80   | 80%                 | IMPLANTADO              |
| BEBERIBE              | II       | 90   | 90%                 | IMPLANTADO              |
| ALTO JOSÉ DO PINHO    | III      | 93   | 93%                 | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DO GENIPAPO   | III      | 93   | 93%                 | IMPLANTADO              |
| SÃO BRAZ              | III      | 92,5   | 92,5%               | IMPLANTADO              |
| CÓRREGO DA BICA       | III      | 88   | 88%                 | IMPLANTADO              |
| MORRO DA CONCEIÇÃO    | III      | 88   | 88%                 | IMPLANTADO              |
| APIUCOS               | III      | 87,5   | 87,5%               | IMPLANTADO              |
| ALTO JOSÉ BONIFÁCIO   | III      | 78   | 78%                 | IMPLANTADO              |
| CARANGUEIJO           | IV       | 98   | 98%                 | IMPLANTADO              |
| ENGENHO DO MEIO       | IV       | 97,5   | 97,5%               | IMPLANTADO              |
| BRASILIT              | IV       | 92,5   | 92,5%               | IMPLANTADO              |
| VILA UNIÃO            | IV       | 87,5   | 87,5%               | IMPLANTADO              |
| COQUEIRAL             | V        | 93   | 93%                 | IMPLANTADO              |
| PLANETA DOS MACACOS I | V        | 83,5   | 83,5%               | IMPLANTADO              |
| ALTO DO PASCOAL       | II       | 77,5   | 77,5%               | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| CLUBE DOS DELEGADOS   | II       | 70,5   | 70,5%               | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| ALTO DO CÉU           | II       | 68   | 68%                 | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| SÍTIO CARDOSO         | IV       | 73,5   | 73,5%               | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| CHICO MENDES          | V        | 75,5   | 75,5%               | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| JIQUIÁ                | V        | 77,5   | 77,5%               | PARCIALMENTE IMPLANTADO |
| COELHOS I             | I        | 65,5   | 66,5%               | INCIPIENTE              |
| EMOCY KRAUSE          | IV       | 62,5   | 62,5%               | INCIPIENTE              |

Ao se realizar a comparação entre a utilização dos pontos de corte adotados para os dois Modelos (Modelo A, acima de 7; Modelo B, acima de 78%) pode-se perceber que a única Unidade sem convergência na análise do julgamento foi a USF Jiquiá. Porém, também se observa que as pontuações encontradas, nos dois quadros, encontram-se dentro do limite mínimo para os cortes estabelecidos no Modelo adotado pela Gestão, com pontuação 7, considerado assim, acolhimento implantado (Quadro 3) e dentro do limite máximo para o ponto de corte utilizado no Modelo Ampliado, apresentando pontuação de 77,5%, o que é considerado parcialmente implantado (Quadro 4). A USF Jiquiá foi considerada como implantada na matriz sintética, contudo uma limitação/dificuldade foi o número de turnos que o acolhimento é realizado, menor que 3 turnos. Pode-se refletir se o peso deste indicador não está subestimado na matriz, uma vez que o mínimo, o básico que a USF deve ter é a “porta aberta” para realização do acolhimento.

Partindo do princípio que a gestão da SMS - Recife definiu o acolhimento como um dispositivo potente na reorganização do modelo de atenção à saúde, na perspectiva de reformular a atenção clínica, ampliando acesso, propiciando vínculo entre equipe e população e reorganização do processo de trabalho, procurou-se identificar quais os critérios com maior dificuldade de atendimento, elencando-as por itens que não obtiveram pontuação naquelas USF com julgamentos “parcialmente implantado” e “incipiente”, assim demonstrado no quadro 5.

Quadro 5. Fragilidades na implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011.

| UNIDADES        | DISTRITO | MATRIZ AMPLIADA DO MODELO | CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS  | MATRIZ SINTÉTICA DO MODELO | CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS  |
|-----------------|----------|---------------------------|--|----------------------------|--|
| ALTO DO CÉU     | II       | PARCIALMENTE IMPLANTADO   | Turnos de atendimento menor que 3, Falta do livro de acolhimento, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera, Apoio Inst. Não presente.                         | PARCIALMENTE IMPLANTADO    | Turnos de atendimento menor que 3, Falta do livro de acolhimento, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera. |
| EMOCY KRAUSE    | IV       | INCIPIENTE                | Protocolo não elaborado Protocolo não utilizado, Falta de Equipe multiprofissional no acolhimento, Turnos de atendimento menor que 3, não realiza reuniões mensais de equipe, Não tem avaliação periódica pela equipe, Falta de Pactuação com a comunidade, não institui grupos não programáticos. | INCIPIENTE                 | Protocolo não elaborado, Protocolo não utilizado, Falta de Equipe multiprofissional no acolhimento, Turnos de atendimento menor que 3, Não tem avaliação periódica pela equipe, Falta de Pactuação com a comunidade.                             |
| ALTO DO PASCOAL | II       | PARCIALMENTE IMPLANTADO   | Não realiza cadastro no acolhimento, Não realiza reuniões mensais da equipe, Não tem avaliação periódica pela equipe, Falta de Pactuação com a comunidade, Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.   | PARCIALMENTE IMPLANTADO    | Não tem avaliação periódica pela equipe, Falta de Pactuação com a comunidade, Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.  |
| CHICO MENDES    | V        | PARCIALMENTE IMPLANTADO   | Não utiliza protocolo, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades, Não realiza cadastro no acolhimento, Não tem avaliação periódica pela equipe, Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.  | PARCIALMENTE IMPLANTADO    | Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Não tem avaliação periódica pela equipe, e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.  |

|                     |    |                         |   |                         |  |
|---------------------|----|-------------------------|---|-------------------------|--|
| CLUBE DOS DELEGADOS | II | PARCIALMENTE IMPLANTADO | Turnos de atendimento menor que 3, Não agenda consultas com classificação e risco, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade , Falta de acompanhamento na resolução de consultas e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera. | PARCIALMENTE IMPLANTADO | Turnos de atendimento menor que 3, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.  |
| JIQUEÁ              | V  | PARCIALMENTE IMPLANTADO | Turnos de atendimento menor que 3, Falta de Pactuação com a comunidade e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.  | IMPLANTADO              | Turnos de atendimento menor que 3, Falta de Pactuação com a comunidade e Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera.   |
| SÍTIO CARDOSO       | IV | PARCIALMENTE IMPLANTADO | Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, não realiza reuniões mensais de equipe Não tem avaliação periódica pela equipe, não institui grupos não programáticos, Apoio Inst. não presente.   | PARCIALMENTE IMPLANTADO | Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Não tem avaliação periódica pela equipe   |
| COELHOS I           | I  | INCIPIENTE              | Protocolo não utilizado, Turnos de atendimento menor que 3, Falta do livro de acolhimento, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade , não institui grupos não programáticos, Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera,      | INCIPIENTE              | Protocolo não utilizado, Turnos de atendimento menor que 3, Falta do livro de acolhimento, Hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento, Falta de Pactuação com a comunidade , não institui grupos não programáticos, Falta de atividade de Ed. em Saúde na Sala de Espera. |



A análise dos Quadros 5 e 6, permite dizer que foram problemas comuns à maioria das USF:

- Número de turnos destinados ao acolhimento menor que 3, sendo considerado insuficiente;
- Usuários hipertensos/diabéticos não são incluídos em outras atividades além do acolhimento;
- Insuficiente pactuação com a comunidade para a implantação do acolhimento;
- Não são desenvolvidas atividades de educação em saúde na sala de espera e
- Não existe avaliação periódica (avaliação de processo + avaliação dos indicadores) pelos profissionais da Unidade.

Em algumas USF também se constata outros problemas:

- Falta do livro de acolhimento;
- Protocolo não elaborado ou não utilizado;
- Falta de reuniões mensais da equipe,
- Ausência da equipe multiprofissional no acolhimento
- Os grupos não programáticos que ainda não foram instituídos, embora haja orientação da gestão.

O Modelo Ampliado permitiu a análise de acordo com os componentes. Dentro da mesma lógica do julgamento do grau de implantação, aplicou-se as mesmas cores como forma de representar os níveis implantado, parcialmente implantado e incipiente em relação aos componentes. Utilizou-se o critério de maior pontuação por componente. O componente “Organização e qualificação do processo de trabalho” foi considerado implantado, e os componentes

“Estrutura” e “Qualificação da relação trabalhador/usuário” como incipiente, conforme demonstra o Quadro 6.

A partir da análise dos Quadros 3 e 4, que apontam o grau de implantação das USF, procurou-se entender o comportamento das pontuações dos componentes “Estrutura”, “Organização e qualificação do processo de trabalho” e “Qualificação da relação trabalhador/usuário” e quais os critérios/indicadores que mais se destacaram em maiores e menores pontuações.

Quadro 6. Pontuação dos critérios/indicadores por Componente do dispositivo acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011.

| COMPONENTE   | PONTUAÇÕES         | CRITÉRIOS/INDICADORES   | MATRIZ AMPLIADA DO MODELO   | MATRIZ SINTÉTICA DO MODELO  |
|--|--------------------|---|---|---|
| <b>ESTRUTURA=</b><br>(=3/5=66%)  | PONTUAÇÃO POSITIVA | Equipe multidisciplinar   | Das 26 USF, 25 possuem equipe multiprofissional no acolhimento e apenas em 01 não possui.           | Das 26 USF, 25 possuem equipe multiprofissional no acolhimento e apenas em 01 não possui.           |
|  |                    | Protocolo elaborado   | Das 26 USF, 25 elaboraram protocolo e apenas em 01 não elaborou.                                    | -----   |
|  |                    | Protocolo elaborado e utilizado   | -----   | Das 26 USF, 22 afirmam que elaboraram protocolo e estão utilizando e 04 não.                        |
|  |                    | Existência de livro de acolhimento para registro  | Das 26 USF, 23 afirmam da existência e em 03 não existe.  | Das 26 USF, 23 afirmam da existência e em 03 não existe.  |
|  | PONTUAÇÃO NULA     | Número de turnos para realizar acolhimento - padrão 5 turnos  | Das 26 USF, 08 disponibiliza 05 turnos, 10 disponibiliza 03 a 04 turnos e 8 tem menos de 03 turnos. | Das 26 USF, 08 disponibiliza 05 turnos, 10 disponibiliza 03 a 04 turnos e 8 tem menos de 03 turnos. |
|  |                    | Presença do apoio institucional no acompanhamento e implantação do acolhimento                        | Das 26 USF, em 20 o Apoio Institucional estava presente e em 06 não estavam.                        | -----   |
| <b>ORGANIZAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO=</b><br>(7/10=80%) | PONTUAÇÃO POSITIVA | Desenho de fluxo de atendimento   | Desenhado fluxo em todas as 26 USF  | -----   |
|  |                    | Escuta com atenção às necessidades dos usuários   | Das 26 USF, 25 afirmam que tem escuta qualificada e apenas em 01 não tem.                           | -----   |
|  |                    | Utilização de critérios de priorização no acolhimento   | Das 26 USF, 25 utilizam e apenas 01 não utiliza.  | Das 26 USF, 25 utilizam e apenas 01 não utiliza.  |
|  |                    | Atendimento aos usuários priorizados de acordo com a identificação de risco e vulnerabilidade         | Das 26 USF, são priorizados em 24 e apenas 02 não priorizam.  | -----   |
|  | PONTUAÇÃO NULA     | 100% de hipertensos/diabéticos incluídos em outras atividades além do acolhimento                     | Das 26 USF, 18 incluem e 08 não incluem.  | Das 26 USF, 18 incluem e 08 não incluem.  |
| <b>QUALIFICAÇÃO DA RELAÇÃO TRABALHADOR/USUÁRIO=</b><br>(6/9= 65,14%)     | PONTUAÇÃO POSITIVA | Resolução de pelo menos 50% dos atendimentos  | Realizado em todas as 26 USF  | -----   |
|  |                    | Marcação de consultas não programáticas no acolhimento  | Realizado em todas as 26 USF  | Realizado em todas as 26 USF  |
|  |                    | Orientação aos usuários sobre os serviços disponíveis de referência no território                     | Realizado em todas as 26 USF  | -----   |
|  |                    | Priorização de visitas domiciliares a partir dos critérios de risco e vulnerabilidade                 | Realizado em todas as 26 USF  | -----   |
|  | PONTUAÇÃO NULA     | Projeto de implantação do acolhimento pactuado com a comunidade                                       | Das 26 USF, 12 pactuaram e 14 não pactuaram.  | Das 26 USF, 12 pactuaram e 14 não pactuaram.  |
|  |                    | Instituição de grupos não programáticos   | Das 26 USF, 15 instituem e 11 não instituem.  | -----   |
|  |                    | Desenvolvimento de atividades preventivas e de educação em saúde junto aos usuários na sala de espera | Das 26 USF, 18 desenvolvem e 08 não desenvolvem as atividades.                                      | Das 26 USF, 18 desenvolvem e 08 não desenvolvem as atividades.                                      |

Por outro lado, merecem ser destacados como grande avanço:

- A participação de Equipe Multidisciplinar em todas as Unidades;
- A marcação de consulta não programática em todas as unidades avaliadas;
- A utilização de critérios de priorização no atendimento pela quase totalidade das unidades avaliadas (22);
- A realização de avaliações por mais da metade das unidades avaliados (18)
- Mais da metade delas faz ações de educação em saúde na sala de espera (18)
- Mais da metade delas fortalece os grupos programáticos como o de hipertensão e diabetes (18)
- Metade delas disponibiliza mais de 3 turnos para a intervenção (18), destes, 8 delas disponibilizam 5 turnos.
- A presença do apoio institucional 20 Unidades.

#### 4.3. Facilidades, Dificuldades, Benefícios e Prejuízos encontrados no processo de implantação do acolhimento

As dificuldades encontradas para implantação do acolhimento se referem a questões estruturais, a questões referentes ao contexto político e às práticas dos atores envolvidos e afetados com a intervenção (Quadro 7).

Em relação à estrutura os principais problemas foram a falta de espaço físico na Unidade para a implantação da intervenção, equipes incompletas o que torna a quantidade de profissionais insuficientes para operacionalizar o acolhimento, a capacidade da própria rede de referência em fornecer cotas

suficientes para especialistas e exames, e a falta do protocolo para ser utilizado no momento da ação pelos profissionais.

No contexto político na instituição surgem as dificuldades de relacionamento na equipe e o insuficiente apoio institucional por parte da gestão, seja do apoiador, da gerência do território ou do próprio Distrito Sanitário.

No que se refere à qualificação dos atores surgem como problemas a dificuldade do entendimento da proposta e incipiente cultura de avaliar e por em prática processos de análise estruturados.

Por parte dos usuários ainda se percebe a cultura da busca pelo especialista no momento do acolhimento assim como o entendimento incipiente sobre a intervenção.

Do mesmo modo, foram **elementos facilitadores** que apoiaram a implantação: a Presença do Apoio Institucional, da Gerência de Território e do Distrito. A presença dos residentes se torna um elemento facilitador uma vez que supre a necessidade de recursos humanos nas equipes incompletas; além de todo o investimento dos apoiadores na preparação e convencimento da equipe sejam em momentos de reunião, cursos e visitas a outras unidades que já possuíam a intervenção implantada. Isto leva ao envolvimento e decisão da equipe para realizar a implantação. O apoio da comunidade, quando do seu envolvimento, facilita bastante o processo (Quadro 8).

Os profissionais percebem como principais **benefícios** (Quadro 9) tanto no que se refere à organização do processo de trabalho (melhoria do processo, fortalecimento do trabalho em equipe, do ambiente) quanto às repercussões

sobre o próprio sistema municipal de saúde (redução das filas, ampliação do acesso, maior resolutividade (efetividade), eficiência, equidade), o que também leva à melhoria da relação do serviço de saúde com a comunidade (vínculo, satisfação).

Embora a grande maioria não perceba **efeitos negativos** na implantação da proposta (quadro 10), alguns relatos indicam que a implantação do acolhimento atraiu para atendimento uma grande parcela da população de áreas descobertas que ao chegarem à unidade em busca de consultas acabam não atendendo à proposta do dispositivo acolhimento. Também, devido à utilização das cotas para encaminhamento ao especialista no momento do acolhimento, houve redução do poder de resolubilidade nas demandas oriundas das consultas agendadas. Pode-se refletir que será que o encaminhamento ao especialista deve ser feito neste momento, ou seria preciso uma consulta para avaliar a real necessidade e os recursos terapêuticos do PSF?

Além disso, há necessidade de espaço para realização da ação, o que compete com outras ações realizadas pela unidade que também precisam de espaço físico, especialmente as atividades em grupo. Em algumas USF do Recife o espaço físico é uma questão problemática, mas, um processo de reorganização da disposição interna de mobiliários e equipamentos pode ser o primeiro passo. A implantação do acolhimento não é um serviço a mais que vai se encaixar na forma que a USF funciona, ela requer uma revisão radical da organização do processo de trabalho das ESF.

Quadro 7. Sínteses e análises das dificuldades na implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Recife, 2011

| <b>Idéias</b>   | <b>Entrevistas</b>   |
|---|--|
| <b>Espaço físico inexistente ou insuficiente</b>  | <p>“O espaço físico não é adequado para atender de forma satisfatória a comunidade” E20</p> <p>“Falta de um espaço físico adequado, acolhedor” E33</p> <p>“Dificuldade de local para realizar o acolhimento” E44</p> <p>“A infra-estrutura da Unidade” E52</p> <p>“O local (espaço físico) é desconfortável na Unidade, o profissional faz acolhimento em pé na recepção da USF” E76</p> <p>“A estrutura física da Unidade não dá o direito de privacidade para o paciente em acolhimento” (...) E70</p> |
| <b>Insuficiência de profissionais nas Equipes (Equipes incompletas)</b>   | <p>“Não ter a equipe completa” E46</p> <p>“As equipes desfalcadas de profissionais” E4</p>   |
| <b>Capacidade de resposta insuficiente do sistema de saúde municipal para atender às demandas por especialidades e também para exames especiais</b> | <p>“Quantidade limitada de cotas para especialistas, como neurologista, cardiologista, etc.” E1</p> <p>“Falta de referência para especialidades, muita dificuldade” E32</p> <p>“Dificuldade em relação à referência de especialidades, de exames”</p>  |
| <b>Falta do protocolo</b>   | <p>“O protocolo do acolhimento” E35</p>  |
| <b>Insuficiente apoio do Apoio Institucional e da Gerência de Território na implantação do acolhimento</b>  | <p>“Falta do Apoio Institucional e da Gerência de Território durante a implantação do acolhimento” E21</p>   |
| <b>Não participação de todas as categorias profissionais no acolhimento</b>   | <p>“A não participação de todos os profissionais da unidade no acolhimento” E28</p> <p>“Acolhimento realizado só pelo nível superior” E43</p> <p>“Dificuldade do profissional de odontologia para participar do acolhimento” E62</p> <p>“A dentista não participa do acolhimento” E74</p>  |

Cont

| <b>Ideias</b>  | <b>Entrevistas</b>  |
|--|---|
| <b>Dificuldade de entendimento da proposta do acolhimento pelos profissionais</b>                            | <p>“Nem toda a equipe tinha o entendimento da proposta, o entendimento veio com a implantação do acolhimento” E64</p> <p>“Houve discussão, houve resistência, depois os profissionais verificaram que era bom (...)” E37</p> <p>“Dificuldade no entendimento do projeto do acolhimento e falta da qualificação da equipe, pois nem todos estão aptos para fazer acolhimento” E40</p> <p>“A dificuldade foi a incapacidade de alguns profissionais que não se achavam capaz de fazer acolhimento” E56</p> <p>“A falta de entendimento dos profissionais sobre o acolhimento” E69</p>   |
| <b>Dificuldade na relação entre os profissionais e na organização do trabalho entre equipes nas unidades</b> | <p>“Cada equipe tem uma dinâmica diferente. Há dificuldade no trabalho conjunto das equipes, o que dificulta a organização do acolhimento” E23</p>  |
| <b>Dificuldade para estruturar processo de avaliação continuada.</b>   | <p>“Muitas dificuldade em estruturar o processo de avaliação continuada” E70</p>  |
| <b>Cultura da comunidade pela busca de especialistas</b>   | <p>“Grande demanda dos encaminhamentos para especialistas” E2</p>   |
| <b>Insuficiente entendimento por parte da comunidade sobre o propósito do acolhimento.</b>                   | <p>“Inicialmente a comunidade não compreendeu o que era acolhimento. Quando recebiam as fichas achavam que iam ser atendidos logo. Agora eles estão mais esclarecidos” E15</p> <p>“As pessoas não acreditam no acolhimento. A comunidade só quer ser atendida pelo médico. Não há uma compreensão dos objetivos do acolhimento” E22</p> <p>“O entendimento da comunidade que só quer consulta, talvez porque a equipe não faz reuniões” E47</p> <p>“O usuário vem mais para o acolhimento no dia do médico, e com isso fica muito cheio nestes dias. Mas talvez melhore após a explicação que vamos ter com a comunidade sobre o que é acolhimento” E42</p> |



Quadro 8. Sínteses e análises das facilidades na implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Recife,2011

| <b>Ideias</b>   | <b>Entrevistas</b>  |
|---|---|
| <b>Presença do Apoio Institucional, dos residentes multidisciplinar, da Gerência de Território e do Distrito.</b> | O apoio da gerência de território, a realização de reuniões e a apresentação de outras experiências do acolhimento em outras USF do município” E22<br>“O apoio do distrito, a motivação de parte da equipe, puxando a equipe como um todo” E66<br>“A discussão com os profissionais, a orientação do Distrito e a discussão com a comunidade sobre a implantação do acolhimento” E74  |
| <b>Preparação e convencimento da equipe</b>   | “Ter tido um curso. Ter materiais didáticos para discussão (...)” E4; “A gestão tem promovido cursos, como o introdutório do PSF, para a política do acolhimento nas Unidades de Saúde” E19; “As capacitações que foram realizadas com a equipe” E76; “Reuniões semanais para discussão do que é acolhimento. Visitas em outras Unidades que já tinham acolhimento” E16;“O fato de visitar outras USF com acolhimento implantado e a discussão com todos da equipe sobre o acolhimento” E69; “As reuniões para discussão sobre o acolhimento, a disponibilidade da equipe e o envolvimento da equipe” E18 |
| <b>Envolvimento e decisão da equipe</b>   | “A vontade dos profissionais de querer fazer e querer que tudo dê certo” E54<br>“O engajamento, a aceitação da equipe para implantar o projeto e que ele desse certo” E78<br>“O envolvimento de todos os profissionais de nível superior, os residentes da residência multidisciplinar e o apoio institucional” E43.  |
| <b>Apoio da Comunidade</b>  | “As informações levadas para a comunidade” E40; “Divulgação com a comunidade sobre o que é acolhimento” E60; “A discussão com os profissionais, a orientação do Distrito e a discussão com a comunidade sobre a implantação do acolhimento” E74; “O planejamento realizado pela médica que informou para os usuários a agenda de atividades” E15 ;“A discussão com os profissionais, a orientação do Distrito e a discussão com a comunidade sobre a implantação do acolhimento” E74  |
| <b>Existência prévia de grupos</b>  | “Grupos de usuários já existentes” E1; “A necessidade dos usuários” E1.   |

Quadro 9. Benefícios encontrados após a implantação do acolhimento nas Unidades de Saúde da Família. Recife,2011

| <b>Ideias</b>  | <b>Entrevistas</b>  |
|--|---|
| <b>Melhoria do processo de trabalho</b>  | <p>“O atendimento de forma organizada” E20</p> <p>“A organização do fluxograma do acolhimento” E40</p> <p>“A melhoria do processo de trabalho” E38</p> <p>“Aproximação com os pacientes. Escuta mais qualificada. Resolução dos problemas” E13</p>  |
| <b>Melhoria do ambiente de atendimento</b>   | <p>“Desafogou o posto” E2</p> <p>“Diminuiu o bate-bate na porta” E16</p> <p>“Não tem mais pessoas na porta, pois elas sabem que tem um momento para escuta delas” E26</p> <p>“(…) Melhorou o fluxo de informação dentro da Unidade, antes o usuário ficava batendo de porta em porta” E42</p> <p>“A demanda reprimida diminuiu, como também o incômodo durante as consultas.” E29</p>   |
| <b>Fortalecimento do Trabalho em Equipe</b>  | <p>“A integração da equipe com o mesmo objetivo” E7 “.</p> <p>“Trabalhar em equipe” E33</p>   |
| <b>Melhoria da relação do serviço de saúde com a comunidade (Vínculo) e consequente Satisfação</b> | <p>“A satisfação da comunidade, acabou a ficha, acabou a consulta desnecessária” E7</p> <p>“Aproximação com os pacientes. Escuta mais qualificada. Resolução dos problemas” E13</p> <p>“Diminuiu a ansiedade da comunidade. Quando ele chega na USF, ele sabe que o problema vai ser resolvido” E27</p> <p>“A integração da equipe com os usuários” E31</p> <p>“A comunidade mais informada e vem no dia certo do acolhimento.E40</p> <p>“A humanização dos funcionários (…)” E40</p> |
| <b>Maior acolhimento aos usuários</b>  | <p>Diminuição do turno da consulta e aumento do turno do acolhimento.E69.</p> <p>A humanização dos funcionários (…)” E40</p>  |
| <b>Adesão aos grupos programáticos (logitudinalidade do cuidado, responsabilização).</b>           | <p>Adesão aos grupos programáticos. E16</p> <p>A organização dos grupos” E53</p>  |

| <b>Ideias</b>                       | <b>Entrevistas</b>   |
|-------------------------------------|--|
| <b>Ampliação do Acesso</b>          | <p>“Os usuários tem mais acesso. Maior número de usuários passou a ser atendido” E10</p> <p>“Aumento do acesso a consultas. Atendimento de casos agudos. “Podemos atender as pessoas que não freqüentavam a USF.</p> <p>Maior facilidade para atender intercorrências” E14</p> <p>“Inclusão da consulta não programática” E33</p> <p>Aumentou a disponibilidade das consultas” E29; Folgou a agenda dos médicos” E6</p> <p>“Antes as pessoas não conseguiam chegar no serviço de saúde. Conseguiram ter acesso e o diagnóstico do hipertenso é mais rápido” E43</p> <p>“A demanda reprimida diminuiu, como também o incômodo durante as consultas. ” E29</p> <p>“Acabou a venda de ficha, aumentou o acesso e deu mais resolutividade” E5</p> <p>Atendimento dos casos agudos</p>  |
| <b>Resolutividade (efetividade)</b> | <p>“... e a (melhoria) resolutividade de todo o atendimento prestado a comunidade” E38</p> <p>“Melhor resolutividade da demanda E19.</p> <p>Eliminar pessoas que procuram as emergências para ser resolvidas aqui” E64</p> <p>Facilitou a resolução de receitas, a transcrição de exames. Orientação quanto as dúvidas sobre encaminhamento para referência. Maior facilidade para atender intercorrências” E14</p> <p>“Tratar o usuário como cidadão, resolvendo o problema aqui ou com encaminhamento para especialidade. E 64</p> <p>“A resolução de muitos casos de demanda da população com rapidez e eficiência” E69</p> <p>“(…) Resolução de mais de 50% dos casos no acolhimento”</p> <p>E74</p> <p>“Resolutividade dos casos. A prioridade nos atendimentos, por classificação de risco. A organização dos grupos” E53</p> <p>“As demandas de hipertensos e diabéticos que estavam com consulta irregular, passaram a ser mais corretas. Facilitou o encaminhamento para os especialistas. A redução do número de hipertensos e diabéticos graves” E78.</p> |

| <b>Ideias</b>  | <b>Entrevistas</b>  |
|--|---|
| <b>Maior Eficiência (maior agilidade)</b>  | <p>Maior facilidade para atender intercorrências” E14<br/>           “A agilidade do acolhimento na resolução dos problemas” E73<br/>           “Rapidez para realização dos exames” E25<br/>           “Troca de receitas. (...) Encaminhamentos realizados no acolhimento” E30<br/>           Mais rapidez no diagnóstico e acompanhamento do hipertenso e diabético (eficiência).<br/>           A pessoa que precisa revalidar uma receita é feita no acolhimento, assim como a marcação de exames” E45.<br/>           “Acabou a venda de ficha, aumentou o acesso e deu mais resolutividade” E5</p>   |
| <b>Redução das Filas</b>   | <p>“Resolução dos problemas: de venda de fichas, porque quem precisa tem que estar presente, a diminuição dos encaminhamentos e qualificação do atendimento” E4<br/>           “Acabou a venda de ficha, aumentou o acesso e deu mais resolutividade” E5<br/>           “A satisfação da comunidade, acabou a ficha, acabou a consulta desnecessária” E7<br/>           “Acabou a venda de ficha, os usuários não precisam chegar tão cedo. Não tinha público para grupos e agora são realizados.</p>   |
| <b>Equidade (Marcação de consulta mediante critérios de vulnerabilidade e risco; encaminhamento quando necessário ao especialista)</b> | <p>Reorganização do fluxo.. passou a atender segundo os critérios de vulnerabilidade e risco. (...) Orientação quanto as dúvidas sobre encaminhamento para referência. Maior facilidade para atender intercorrências” E14<br/>           (...) Escuta qualificada e priorização dos casos” E19<br/>           Facilitou o encaminhamento para os especialistas E78.<br/>           A humanização dos funcionários e o tratamento com equidade aos usuários, como determina o SUS (...)” E40<br/>           A prioridade nos atendimentos, por classificação de risco.” E53<br/>           “Resolutividade dos casos. A prioridade nos atendimentos, por classificação de risco.E56<br/>           (...) Escuta qualificada e priorização dos casos” E19</p> |

Quadro 10. Efeitos negativos encontrados após a implantação do acolhimento nas unidades de saúde da família. Recife,

| <b>Ideias</b>  | <b>Entrevistas</b>  |
|--|---|
| <p><b>Diminuição do espaço físico;</b></p> <p><b>Pouco espaço físico para o aumento da demanda de usuários.</b></p>  | <p>“(…) Diminuiu o espaço físico, com a implantação da sala de acolhimento” E2<br/>E2, E14</p>  |
| <p><b>Sobrecarga de trabalho;</b></p> <p><b>Aumento da demanda de consultas;</b></p> <p><b>Número grande de desistências.</b></p>  | <p>“Demanda aumentada de usuários” E19;<br/> “À USF com maior volume de pessoas, superlotada. Vem muitas pessoas para serem ouvidas, tumultua. Nossa sala de espera é pequena (…)” E14<br/> “O excesso de gente das áreas descobertas que estão vindo” E32<br/> “Nº processo de implantação houve sobrecarga, até achar o modelo próprio. Tensão com a comunidade” E12<br/> “Excesso de trabalho para a equipe” E18<br/> “Número grande de desistências” E8<br/> “Aumentou o número de procura por consultas” E45</p>                                       |
| <p><b>Redução do número de vagas para especialistas;</b></p> <p><b>Dificuldade na relação com pessoas das áreas descobertas</b></p> <p><b>Dificuldade e tensão com a comunidade.</b></p> | <p>“Redução do número de vagas para especialistas, pois são distribuídos no acolhimento” E1<br/> “Alguns pacientes que costumam faltar consultas regulares tentam estar no acolhimento e acabam tirando oportunidade de outras pessoas serem atendidas” E70<br/> “Dificuldade no relacionamento com alguns comunitários, que não entenderam a proposta do acolhimento” E13<br/> “Nº atendimento aos usuários que agredem os profissionais por não entenderem o processo de atendimento na Unidade, e chegam a agredir fisicamente os profissionais” E78</p> |
| <p><b>Não houve prejuízo.</b></p>  | <p>“Nº trouxe prejuízo” E3, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E15, E16, E20, E21, E22, E23, E24, E25, E26, E27, E28, E29, E30, E33, E34, E36, E37, E38, E39, E40, E41, E42, E43, E44, E46, E47, E48, E49, E50, E51, E52, E53, E54, E55, E56, E57, E58, E59, E60, E61, E64, E65, E66, E67, E68, E69, E71, E72, E73, E74, E75, E76, E77.</p>   |

#### 4. DISCUSSÃO

De uma forma geral, observa-se que a maioria das Unidades de Saúde da Família indicadas pela gestão (26 USF) encontra-se com o dispositivo acolhimento implantado ou parcialmente implantado, demonstrando um caminho favorável na mudança do modelo de atenção e gestão.

Tal julgamento parte da aplicação de duas Matrizes. Uma que traduziu um conceito síntese adotado pela Gestão para monitorar a implantação, e outra, mais ampliada, que destacou, além da estrutura, dois componentes: um relativo à qualificação do processo de trabalho na Unidade; e outro referente à qualificação da relação trabalhador e usuário.

A compatibilidade do julgamento, ao serem aplicadas as duas matrizes, se deu por intermédio do reajuste nos pontos de corte, inicialmente dividido em quartis. Dessa forma, no cotidiano da gestão é preferível utilizar uma matriz mais sintética, sendo a única ressalva em relação ao ponto de corte adotado que de 7,5 pode passar a 7.

A definição dos três componentes presentes na Matriz Ampliada se deu após entendimento de que o dispositivo acolhimento tem como um dos seus objetivos reorganizar o processo de trabalho nas unidades de saúde, provocando mudanças no modelo assistencial e gerencial hegemônico. O modelo hegemônico vigente privilegia a divisão de tarefas, o não compartilhamento de saberes, a ação isolada dos profissionais de saúde nos seus núcleos de saberes, a divisão das tarefas com prejuízo à apropriação do

todo, ou seja, a disciplinaridade. As Equipes até podem ser multidisciplinares, mas poucas vezes atuam de forma interdisciplinar.

O outro componente ressalta o objetivo da melhoria da relação do serviço de saúde com os usuários, ou seja, ressalta o aspecto relacional do cuidado e a centralidade que o usuário deve adquirir no processo de trabalho. O processo de trabalho deve estar organizado para atender suas demandas, necessidades e anseios, alinhados aos princípios do SUS e aos princípios da Atenção Primária em Saúde <sup>15</sup>.

Apesar de primar por práticas orientadas por fluxos e protocolos, como normas orientadoras das linhas de cuidado, defende-se a singularização da ação a partir do encontro entre trabalhador e usuário. O acolhimento insere o aspecto relacional do cuidado enquanto tecnologia (das relações) na agenda <sup>15</sup>.

Esse debate das tecnologias de trabalho em saúde vem sendo realizado há alguns anos, em um primeiro momento por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que definiu a diferenciação entre as tecnologias materiais (máquinas e instrumentos) e imateriais (conhecimento técnico), tendo o autor chamado as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não materiais” <sup>36</sup>.

Merhy <sup>(16)</sup> deu continuidade aos estudos na área e estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde: “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas; “leveduras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica; “tecnologias leves” que dizem respeito às

relações, fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude própria do profissional que é guiado por intenções, seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidar com os aspectos relacionais<sup>36</sup>.

O Grau de implantação do acolhimento encontrado é um passo importante para revelar melhorias na abordagem aos usuários das unidades de saúde da família em termo da escuta, da avaliação das demandas e, também, na proposição dos melhores itinerários terapêuticos. O envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, para estabelecer contato e se vincular ao usuário; os seus compromissos em ofertar uma atenção integral em utilizar todo o conhecimento que possui para a produção de cuidado e o seu compromisso em se responsabilizar pelo usuário são importantes pontos de partida<sup>36</sup>.

Dessa forma, o projeto político inscrito no Modelo denominado Recife em Defesa da Vida, adotado pela gestão atual torna o contexto favorável à implantação. Vale lembrar que o Modelo Recife em Defesa da Vida aposta no fortalecimento da Atenção Primária e de seus princípios para reorganizar o sistema de saúde cuja centralidade seja o usuário.

No modo predominante de produção das práticas em saúde, há um empobrecimento das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, tendem a girar em torno dos aspectos biomédicos, dos procedimentos e suas orientações a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário. Para um



modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários, capaz de satisfazer suas necessidades, é preciso haver mudanças no cotidiano do fazer em saúde, na prestação das ações de saúde, na clínica realizada pelos diversos profissionais <sup>36</sup>.

O acolhimento enquanto dispositivo operacional do Modelo Recife em Defesa da Vida pode ser considerado uma estratégia para implementar mudanças de práticas gerenciais e assistenciais. Ele pressupõe um espaço de escuta, de encontro entre trabalhador e usuário, permitindo uma abertura para discussão dos problemas e necessidades dos usuários <sup>16</sup>. Para que esta escuta seja viabilizada, é importante a garantia de um espaço físico com privacidade para que o usuário possa se sentir à vontade e que tenha garantida sua liberdade de expressão. Talvez seja por isso que as queixas em relação à estrutura das unidades surgem como dificuldades enfrentadas na implantação, todavia sua falta não se torna elemento impeditivo. Vários profissionais relatam a falta ou a incipiência de espaço físico para realização do acolhimento, o que muitas vezes pode diminuir o número de turnos disponibilizados na Unidade.

Partindo para análise quanto ao número de turnos utilizados para o acolhimento, verificou-se que a minoria das USF, apenas 08, realiza os 05 turnos de acolhimento (padrão definido pela gestão SMS Recife); Dez destas utilizam de 03 a 04 turnos. Este critério do componente “Estrutura” precisa ser melhor trabalhado com os profissionais para que usuários tenham a garantia do acesso, ao serem ampliados os turnos de atendimento.

O fluxograma deve ser pensado pelos profissionais, como instrumento analisador, que permita visualizar os caminhos percorridos pelos usuários, quando buscam atendimento e sua inserção na USF <sup>37</sup>. Essa reorganização de fluxo no processo de trabalho muda bastante o acesso do usuário ao serviço, que antes dependia da decisão de quem desempenhava o trabalho na recepção. Verificou-se que no componente “Organização e qualificação do processo de trabalho” o critério/indicador desenho de fluxo no atendimento, foi afirmado como existente em todas as 26 USF. Quando da reorganização do processo e fluxo, houve uma maior oferta de serviços e diminuiu ou eliminou-se as filas, sendo identificado nas falas dos profissionais como elemento facilitador da implantação do acolhimento e dos benefícios identificados. Outro elemento também apresentado nas falas como facilitador, foi a elaboração do protocolo do acolhimento, dentro do componente “Estrutura”, onde 24 USF afirmam tê-lo elaborado, porém identifica-se que em 07 USF o mesmo protocolo não está sendo utilizado, dentro do componente “Organização e qualificação do processo de trabalho”, o que também aparece nas falas como elemento que traz dificuldades ao processo.

Um fator importante a se considerar é o envolvimento de toda equipe na ação. Pereira <sup>14</sup> ressalta que o acolhimento não deve ser realizado por um único profissional ou por um trabalhador de uma categoria específica. Deve ser realizado por toda a equipe de saúde, onde cada membro tenha uma postura acolhedora na relação com a população e se responsabilize por ela. Pode-se observar que em quase todas as 26 USF, com exceção de 01, toda a equipe multidisciplinar participa do acolhimento, com algumas ressalvas a equipe de odontologia.

Intervenções mais amplas dependem de um trabalho em equipe que articule ações individuais e coletivas. Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, assim, são valiosas as contribuições de campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros.

Dessa forma, o acolhimento estabelece um novo significado nas relações da própria equipe, potencializando a sua capacidade resolutive e estimulando a troca de saberes e práticas, e a partir da construção deste novo espaço, um espaço de diálogo entre trabalhadores e usuários, irá fortalecer o trabalho em equipe <sup>38,39</sup>.

Fortalece-se também o vínculo, a responsabilização com os usuários e a integração da equipe, e isso é percebido pelas equipes que implantaram o dispositivo e referidos como benefícios à USF (Quadro 9). No caso da Unidade Emocy Krause, tanto a falta de profissionais, quanto a dificuldade de relacionamento na equipe foi definidor da incipiência na implantação. Este critério se encontra no componente “Estrutura” e se apresenta com um ponto positivo na implantação do dispositivo acolhimento no município estudado. Como também o envolvimento e disponibilidade de toda a equipe na incorporação do novo modelo.

Para que a equipe da USF possa aderir a este novo processo de trabalho, é importante, segundo Franco <sup>17</sup>, que toda a equipe seja capacitada, a partir da própria experiência no acolhimento, e que esta experiência

proporcione segurança para decidir, e efetivamente fazer, com base em determinado saber, adquirido na vivência com o usuário.

Baseado na necessidade de conhecimento para incorporação de um novo processo de trabalho, os profissionais de 23 USF afirmaram que a equipe foi capacitada, no componente “Organização e qualificação do processo de trabalho”, como também conheceram experiências em Unidades onde o acolhimento estava implantado, o que foi um elemento facilitador.

Outro fator importante em todo o processo de implantação de um novo serviço é o fato do apoio da gestão, dos gestores desde o nível central, distrital e do território sentido por parte dos profissionais, como elemento facilitador e estimulador das mudanças e é fundamental para instituir processos coletivos de trocas e análise do seu fazer.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais. Enfim, um papel importante na construção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.

Dentro do mesmo componente “Organização e qualificação do processo de trabalho”, identificou-se, tanto na síntese das falas dos profissionais quanto nas pontuações, que o critério/indicador “reuniões técnicas desenvolvidas com os profissionais” é realizado em 23 USF e que muito contribuiu no conhecimento e entendimento desta nova diretriz.

No modo predominante de funcionamento dos serviços de saúde observa-se pouca integração entre os diferentes trabalhos, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais e uma tendência às ações gerenciais ficarem restritas aos aspectos burocrático-administrativos, às normas de funcionamento dos serviços <sup>36</sup>. O Apoio institucional é um recurso metodológico importante.

Além da capacitação e do Apoio, os atores aderem à implantação de uma intervenção quando reconhecem ganhos, e quando os valores da intervenção são compartilhados e podem ser ajustados aos seus projetos individuais e coletivos <sup>40</sup>.

O acolhimento trouxe, para as unidades de saúde, ganhos reais principalmente em relação à melhoria do ambiente e do processo de trabalho e talvez esse ganho valha mais que a perpetuação de espaços cristalizados de poder. É por isso também que a falta de entendimento da verdadeira proposta do acolhimento, sua relação com os princípios do SUS e com a melhoria da qualidade na atenção primária precisaria ser compreendida e compartilhada pelos principais responsáveis pela nova prática. Assim sendo, as reuniões técnicas, os cursos, as visitas a outras equipes, são estratégias importantes para envolver os trabalhadores e incentivar a solidariedade e ação compartilhada.

A falta de entendimento, tanto de profissionais quanto da comunidade, foi destacado como algo que dificultou a implantação; mencionase até certo nível de tensão entre a unidade e a comunidade até que se consiga o entendimento.

A fonte das controvérsias está na interpretação diferente do acolhimento. A identificação delas é um ponto de passagem obrigatório e deveria ser inserida nas práticas avaliativas participativas que envolveria não só a equipe, mas também representantes da comunidade. Em termos de mobilização dos atores, a identificação das controvérsias dos envolvidos são as fontes de mobilização. Elas surgem da confrontação de diversas interpretações concorrentes sobre um mesmo fenômeno numa mesma questão. Ela precede a emergência da mudança, de inovação. A resolução das controvérsias se faz orientando os atores em direção a uma solução, um compromisso, um ponto de partida obrigatório, que permita sua cooperação para responder, pelo menos parcialmente, aos seus interesses. Elas se tornam o objeto de julgamento e os atores fazem um pacto afim de esclarecê-las. Talvez identificar e por em análise as controvérsias quanto à implantação do acolhimento pode contribuir para a mobilização dos atores (profissionais, gestores e usuários) nos espaços de avaliação <sup>40</sup>.

Em relação ao critério/indicador periodicidade na avaliação (avaliação do processo de trabalho + avaliação de indicadores) do acolhimento pelos profissionais da unidade, apenas 05 USF afirmaram não realizar esta atividade, o que foi constatado na fala de profissionais em relação às dificuldades.

Como refere Feliciano <sup>41</sup> formação e estruturas para conduzir processos de institucionalização de intervenções podem ser necessárias no início, mas instituir práticas no cotidiano implica que os atores assumam a reflexão crítica sobre o fazer, um compromisso de todos os envolvidos. E isto pode ser oferecido por meio de processos avaliativos participativos.

Dentro do componente “Organização e qualificação do processo de trabalho”, inserem-se dois critérios/indicadores que tem sido utilizado em quase todas as 26 USF, que são utilização de critérios de priorização no acolhimento (clínicos, sociais e subjetivos) e atendimento aos usuários priorizados de acordo com a identificação de risco e vulnerabilidade. Tal priorização se mostra muito importante dentro do processo de trabalho, pois padroniza as condutas a serem tomadas pela equipe, e evita, assim, divergências e facilitando o serviço de todos. Identificamos nas falas dos profissionais um reforço destas atividades, quando exprimem como benéficos, a priorização dos casos graves, o atendimento a casos agudos, a maior facilidade para atender as intercorrências e com a reorganização do fluxo passou a atender segundo os critérios de vulnerabilidade e risco. Priorizar o atendimento baseado em critérios de vulnerabilidade permite operar na prática um dos princípios do SUS: o da equidade.

Ressaltamos também os critérios/indicadores “marcação de consulta não programática no acolhimento conforme gravidade” e “vulnerabilidade e priorização de visitas domiciliares a partir de critérios de risco” e “vulnerabilidade a partir do acolhimento” em todas as 26 USF. Este novo processo de trabalho muda a lógica tradicional da ordem de chegada, trazendo agilidade no atendimento a partir da análise, aumentando a capacidade dos profissionais da equipe de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos mais urgentes e dar resposta à complexidade dos problemas trazidos pelos usuários. Se ganha em efetividade e eficiência.

Complementa ainda Santos *et al*<sup>42</sup> que só podemos considerar que houve acolhimento, quando estiverem presentes três aspectos, que são: o

diálogo, a escuta e o envolvimento com a queixa do outro. Esses aspectos se inserem no componente “Qualificação da relação trabalhador/usuário”, ainda em fase incipiente de implantação. Todavia quando se observa que no componente “Organização e qualificação do processo de trabalho” a afirmativa de que “ há escuta qualificada com atenção às necessidades dos usuários” está presente em quase todas as USF (25) e, desse modo, pode-se crer que já se deu um grande passo em direção ao diálogo e ao envolvimento.

O acolhimento é um espaço de maior aproximação das pessoas, onde as relações dos trabalhadores e usuários ocorrem de uma forma mais efetiva, onde os medos, as angústias, os problemas afloram, fazendo-se necessário que este espaço seja compartilhado por toda a equipe da USF. Ele surge, valorizando a relação com o usuário <sup>38,39</sup>.

O acolhimento como estratégia para o processo de produção de saúde implica no protagonismo dos sujeitos do processo de produção de saúde, intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução de problemas e implica também numa postura de escuta e compromisso em dar resposta as necessidades trazidas pelos usuários <sup>43</sup>.

Conforme se demonstrou o componente “Qualificação da relação trabalhador/usuário”, todas as 26 USF afirmam que existe resolubilidade em pelo menos 50% dos atendimentos, que em 24 USF os profissionais encaminham no máximo 20% dos usuários para referência em outros serviços e que em todas as 26 USF existe orientação aos usuários quanto aos serviços disponíveis de referência no território. As falas dos profissionais expressam a diminuição dos encaminhamentos, a resolução de muitos casos de demanda da



população com rapidez e eficiência e a orientação quanto as dúvidas sobre encaminhamentos para referência.

Além da escuta qualificada, a ação de responsabilização do trabalhador para com o usuário, enquanto ele estiver no serviço, segundo Matumoto <sup>18</sup>, é o que caracteriza de fato o acolhimento. Não é uma ferramenta assistencial realizada somente nos consultórios, mas deve ser um processo a ser desenvolvido desde a chegada do usuário ao serviço. A responsabilização pôde ser percebida ao se verificar a preocupação em fortalecer a adesão de hipertensos e diabéticos ao grupo programático e a constatação de que se conseguiu um maior controle.

Reforça Franco <sup>17</sup> que a equipe passa a se responsabilizar pelas pessoas inscritas, devendo, para isso, mobilizar todos os recursos dentro e fora da Unidade que pudessem favorecer este objetivo, tais como exames e consultas especializadas.

Esta relação trabalhador/usuário muitas vezes se torna frágil, pela não participação do usuário nas discussões da proposta de implantação do acolhimento na Unidade, que muitas vezes é de difícil entendimento para os próprios profissionais. Quase todas as Unidades que foram classificadas como parcialmente implantadas ou incipientes demonstraram não ter ocorrido pactuação com a comunidade antes da implantação do acolhimento. No componente “Qualificação da relação trabalhador/usuário” este critério/indicador é o mais frágil, uma vez que das 26 USF apenas 12 discutiram e pactuaram com a comunidade o processo de implantação do

acolhimento, o que é bem claro nas falas dos profissionais quanto à dificuldade de compreensão e de credibilidade por parte dos usuários.

O processo de implantação do acolhimento não é uma tarefa fácil. É necessário que os profissionais desenvolvam habilidades como saber atender, responder, personalizar, envolver, compreender, orientar e agir <sup>44</sup>. Complementa Malta *et al* <sup>45</sup> que este processo deve estimular o resgate desse conhecimento por parte de todos os profissionais da equipe, afim de ampliar suas intervenções, propiciando aos indivíduos um bem estar em saúde de forma rápida, resolutiva e humanizada.

O acolhimento busca, nas práticas de saúde desenvolvidas, a produção da responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas, como caminho para defender a vida, e sem acolher e vincular, não há produção desta responsabilização e nem otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença <sup>17</sup>. Dentro deste contexto, identificamos o critério/indicador % de hipertensos/diabéticos que procuraram o acolhimento e foram incluídos em outras atividades além do acolhimento (padrão 100%), no componente “Organização e qualificação do processo de trabalho”, ainda precisa ser melhor discutido e utilizado uma vez que 08 USF afirmam que não contemplam esta atividade tão necessária para garantir a vigilância de riscos e agravos. Neste mesmo entendimento de cuidar de riscos e agravos, o trabalho com grupos é de fundamental importância para socializar informações e experiências. No componente “Qualificação da relação trabalhador/usuário” identificou-se que o critério/indicador instituição de grupos não programáticos tem grande dificuldade em sua utilização, uma vez

que das 26 USF, 15 afirmam instituir grupos e 11 que não. Este critério merece uma maior atenção e acompanhamento.

Por fim, no componente “Qualificação da relação trabalhador/usuário” observou-se que o critério/indicador desenvolvimento de atividades preventivas e de educação em saúde junto aos usuários na sala de espera, 08 USF ainda não desenvolvem, o que fragiliza o entendimento dos usuários em relação ao seu cuidado e sua qualidade de saúde. Uma relação mais próxima da equipe com a comunidade influencia no sucesso das atividades de educação em saúde.

Reforça Alvin <sup>46</sup> que na educação aplicada à saúde não acontece, na maioria dos casos, ações imediatas na transformação do comportamento. Esta mudança só poderá ser percebida quando o usuário der marcas da transformação de seu saber, que não são imediatas. Elas vão acontecer em processos contínuos, na intermediação e construção de novos saberes.

Intervenções mais amplas dependem do trabalho de cada profissional e também da atuação conjunta de vários profissionais, da integração de diferentes práticas e saberes, da utilização de diversos meios e ações terapêuticas tais como: atividades de grupo, visitas domiciliares, atividades em outras instituições (escola, creches), redes sociais de apoio e outras atividades terapêuticas.

Algumas críticas, no entanto precisam ser postas em análise: implantar 5 turnos de acolhimento, incentivar ações de educação em sala de espera, a realização de grupos programáticos e ainda não programáticos, sem falar de outros dispositivos no modelo Recife em Defesa da Vida: construção

de Projetos Terapêuticos singulares, Matriciamento, Participação nos Fóruns de Micro-regiões, além das atividades do próprio programa, não provocaria de fato sobrecarga, mesmo que houvesse melhoria do processo de trabalho?

O estudo também revela o grande problema vigente em relação ao acolhimento aos usuários na rede que é a rede de referência para apoiar a resolução e o encaminhamento, quando necessário. Nos dispositivos no território como o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família - NASF e o Serviço de Assistência Domiciliar - SAD até podem potencializar a resolução dos problemas mais comuns, mas não resolvem a oferta insuficiente de cotas de exames e consultas especializadas de apoio.

De acordo com as falas dos profissionais, o acolhimento trouxe muitos benefícios, contribuindo para aproximação com os usuários, a diminuição da demanda reprimida, o aumento da disponibilidade das consultas, a ampliação do acesso e a satisfação da comunidade. Esses elementos revelam pilares da qualidade: eficiência, efetividade, acesso, adequação, aceitabilidade, qualidade técnico-científica<sup>47</sup>.

Em se tratando dos princípios e diretrizes do SUS, a implantação do dispositivo acolhimento operou na prática os princípios do SUS: ampliação do acesso (universalidade), integralidade com ênfase no usuário e na priorização do risco e vulnerabilidade (equidade). Investir nas avaliações participativas pode colaborar com o fortalecimento da participação e do controle social.

Ressaltamos Silva e Alves<sup>43</sup> que enfoca que assim como o SUS está em construção, o processo de acolhimento também está se desenvolvendo. Por isso a dedicação de cada profissional, a valorização do trabalho em equipe e a

capacitação de todos é imprescindível para a implementação dessa proposta, fazendo com que este alcance seus objetivos e resultados satisfatórios.

Compreendemos que o acolhimento é um processo dinâmico, que sempre precisa ser repensado, sendo assim, precisa que haja um processo de avaliação e reorientação permanente.

A institucionalização da avaliação ainda é um desafio que poderá ser potencializada quando houver maior diálogo entre gestores e trabalhadores, no sentido de se identificar as fragilidades e controvérsias no processo de trabalho.

Como limitações do estudo, identificamos: a falta da fala dos usuários como sendo o principal beneficiado do processo de implantação; o uso insuficiente de outras formas de triangulação tais como observação ou análise documental; a análise das entrevistas de acordo com as categorias profissionais, o que gera necessidade de outros estudos.

Este trabalho promove um importante exercício da metodologia de avaliação da implantação de programas, trazendo reflexões acerca do grau de implantação do dispositivo acolhimento e contribuições para o seu aperfeiçoamento.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O acolhimento como dispositivo na reorganização do modelo de atenção à saúde, foi adotado pela Secretaria de Saúde do Recife, com o propósito de reformulação do processo de trabalho nas equipes de saúde para melhorar a qualidade da atenção clínica, ampliar o acesso, propiciando vínculo entre equipe e população. Neste estudo, as matrizes de avaliação (Matrizes Ampliada e Sintética) mostraram sensibilidade e coerência quanto ao julgamento do grau de implantação. Os dados empíricos obtidos neste estudo evidenciaram que, no caso do Recife, o processo de implantação do acolhimento nas unidades básicas de saúde apresenta-se predominantemente implantado nas unidades de estudo. O Modelo Recife em Defesa da Vida privilegia no seu projeto político a centralidade no usuário e favorece a implantação do acolhimento, como uma ferramenta potente de práticas inclusivas de saúde.

A própria implantação da intervenção fortalece a atuação dos atores e a dinâmica da implantação, para tanto, podemos afirmar que, para ampliação no processo de implantação do acolhimento na rede de atenção básica do Recife se faz necessário reforçar alguns elementos potenciais aqui avaliados, tais como: a qualificação/conhecimento, motivação e integração das equipes da Estratégia de Saúde da Família, suporte contínuo e sistemático da Gerência de Território e Apoio Institucional. Assim como, investir esforços nos elementos de fragilidades/dificuldade, identificado no processo de implantação, sendo eles: quantitativo de turnos para o acolhimento, inferior a 5 vezes por semana, ausência de registros no livro de acolhimento, falta de pactuação com a

comunidade, ausência de avaliação periódica do processo, espaço físico, equipes incompletas, pouco envolvimento de todos os setores da equipe multidisciplinar, participação coletiva na elaboração do protocolo e discussões da proposta. Salientamos que a estrutura física influencia, mas não determina por si só a implantação do acolhimento, uma vez que em média 70% das USF se encontram com o dispositivo implantado.

O acolhimento vem contribuindo para uma remodelagem nos processos de trabalho nos serviços de saúde, pautada no fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, na facilitação do acesso do usuário a rede de serviços e na qualificação e resolubilidade da assistência prestada.

A análise das principais dificuldades apontadas pelos trabalhadores possibilitou a identificação de possíveis reestruturações nas ações já implementadas ou a efetivação de outras ainda não realizadas. Frente às reflexões já apresentadas acerca das limitações existentes na implantação do acolhimento e considerando a possibilidade de reconhecer as fragilidades e potencialidades desse dispositivo nas unidades básicas de saúde do Recife, subsidiando a gestão, destacam-se algumas proposições para qualificar e ampliar o escopo das ações já implantadas:

- Institucionalização de mecanismos de incentivo para as unidades e trabalhadores que realizam o acolhimento;
- Melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde, proporcionando ambientes adequados para as diversas ações e para espera dos usuários;
- Institucionalização de processos avaliativos sistemáticos nas unidades, com a criação de mecanismos de incentivo para os trabalhadores envolvidos, envolvendo também a comunidade;

- Fortalecimento do Componente Qualificação da Relação Trabalhador e Usuários;
- Fomento aos mecanismos de controle social, com ampliação de fóruns de negociação com a comunidade;
- Fortalecimento da organização da oferta programática nas unidades, com agenda dos profissionais pactuada com a comunidade;
- Estruturação para a realização de atenção a pequenas urgências, evitando a busca por serviços de pronto-socorro em situações que podem ser resolvidas na rede básica;
- Implementação de protocolos de acesso e clínicos, pactuados entre profissionais da atenção básica e da atenção ambulatorial especializada eletiva;
- Garantia da descentralização da Regulação de Sistema e Serviços para todos os Distritos Sanitários, com implantação de marcação de consultas e exames através de *Call Center* ou marcação *on-line*;
- Reforço da educação permanente aos trabalhadores;
- Reorganização das ações programáticas no PSF tendo em vista a necessidade de implantar mais uma ação e os demais dispositivos do Modelo;
- A expansão da estratégia do acolhimento;
- Rever pontuação da matriz sintética, como sugestão modificar nos itens/critérios: - Existência da equipe multidisciplinar - de 0,5 para 1,0 - devido a grande importância de todos os profissionais estarem envolvidos no acolhimento; - Nº turnos para realização do acolhimento – 1,5 para 5 turnos, 1,0 para 3-4 turnos, 0,5 pra menor que 3 turnos objetivando um maior acesso aos usuários; - % Hipertensos/diabéticos incluídos em outras atividades para



além do acolhimento - 1,0 ponto; - Utilização de critérios de priorização no acolhimento, - 1,0 ponto, estimulando a ampliação do cuidado; - Periodicidade na avaliação - 1,0 ponto. Os outros critérios permaneceriam com a mesma pontuação.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAVALCANTE FILHO, JB; VASCONCELOS, EMS; CECCIM, RB; GOMES, LB. Acolhimento Coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2009; out/dez, vol.13 no.31.
2. CAVALCANTE, MGS; SAMICO, I; FRIAS, PG; VIDAL, AS. Análise de Implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro, *Rev. Brás. Saúde Meter. Infant. Recife*, 2006; V.6 n.4.
3. FEURWERKER, L. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface-Comunic. Saúde. Educ.*, set/dez, 2005; v.9, n.18.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e Projetos – Saúde da Família, 1998.
5. STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
6. MERHY, EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Editora Xamã; 1998.
7. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Saúde na opinião dos Brasileiros*. Brasília, 2003.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*, 2006.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Relatório final. Brasília, 2007
10. CAMPOS, GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.
11. SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Avaliação e humanização em saúde: aproximações Metodológicas. Coleção Saúde Coletiva. Ijuí. Rio Grande do Sul. 2009.
12. CONTANDRIOPOULOS, AP; CHAMPAGNE, F; DENIS. JL & PINEAUT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas (Z.M.A.Hartz, org.). Rio de Janeiro. 1997.
13. TEIXEIRA, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ/Instituto de Medicina Social; 2003.
14. PEREIRA, EG, AYRES JRCM. Acolhimento: tendências conceituais e análise crítica. In: Anais do VIII Congresso Paulista de Saúde Pública [CD-ROM]. Ribeirão Preto: Associação Paulista de Saúde Pública; 2003.
15. RECIFE. Secretaria de Saúde. O Modelo em Defesa da Vida: uma proposta em construção de reformulação da atenção e gestão em Recife. 2009.
16. MERHY, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

17. FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cad de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999; v.15 n2.
18. MATUMOTO, S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
19. FAGUNDES, S. Apresentação. In: Ortiz JN, Bordignon MO, Gralha RS, Fagundes S, Coradini SR, organizadores. Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.
20. RECIFE. Secretaria de Saúde. Reunião Núcleo Gestor Secretaria de Saúde. 2010.
21. CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da Avaliação. Cienc. Saúde Coletiva. 2006.
22. FELISBERTO. E; FREESE, E; ALVES, CKA; BEZERRA, LCA; SAMICO, I. Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil de 2003 a 2006: Contextualizando sua implantação e efeitos. Rev. Bras Saúde Materno Infantil. Recife, 2009.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, 2005.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Implantação Municipal – AMQ. Brasília, 2006.
25. FELISBERTO, E. Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil,

no período de 2003 a 2008. 2010. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Recife.

26. FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG; NAVARRO, LM. Avaliação em Saúde: Conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

27. DENIS, JL & CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas (Z.M.A.Hartz, org.). Rio de Janeiro. 1997.

28. MOREIRA, ES; WESTMAN, S; REIS, AC; LEAL, MC. Avaliação do grau de implementação do Programa de controle de transmissão vertical do HIV em Maternidades do Projeto Nascer. Rio de Janeiro: 2006.

29. FRIAS, PG; COSTA, JMBS; FIGUEIRÓ, AC; MENDES, MFM; VIDAL, AS. Atributos da qualidade em saúde. In: Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

30. MEDINA, MG; SILVA, GAP; AQUINO, R; HARTZ, ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA; SILVA, LMV. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

31. YIN, RK. Estudos de caso – planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005; 3.ed.

32. GOMES, R; SOUZA, ER; MINAYO, MCS; MALAQUIAS, JV; SILVA, CFR. Organização, Processamento, Análise e Interpretação de dados: o desafio da triangulação. In Minayo, Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

33. SAMICO, I; FIGUEIRÓ, AC; FRIAS, PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
34. COSENDEY, M.A.E., HARTZ, Z.M.A., BERMUDEZ, J.A.Z. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar-abr, 2003; v.19, n.2.
35. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Edições 70. Lisboa: 1977.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde./Brasil. Ministério da Saúde. - - Rio de Janeiro:Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2008; 2.ed.rev. 108p., il.
37. FRANCO, TB; MERHY, EE. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos. In Merhy et al, MERHY, EE; FRANCO, TB et al. O Trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
38. PANIZZI,M; FRANCO, TB. A implantação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In FRANCO, TB et al.(Org.), Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec. 2004.
39. SANTOS, AM; ASSIS, MMA. Da fragmentação a integralidade: construindo e (des) construindo a saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, jan./mar. 2006; v.11.
40. ALVES, CKA. Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica: Análise da Implantação de um Programa na Gestão Estadual. Recife: 2008.

41. FELICIANO, KVO. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Rev. bras. saúde matern. infant**; dez. 2005; 5 (supl1):s83-s92.
42. SANTOS, AM et al. Linhas de tensões nos processos de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, , jan. 2007; v.23,n.1.
43. SILVA, LG; ALVES, MS.O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS.** , jan./mar.2008; v.11,,n1.
44. CAMELO, SHH; ANGERAMI, ELS; SILVA, EM; MISHIMA, SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, ago. 2000; v.8, n.4.
45. MALTA, DC et al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, set./dez. 2000; v.24,n.56.
46. ALVIM NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, abr/jun. 2007; v. 16, n.2.
47. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990.

**Apêndice A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

|  |
|--|
| Unidade de Saúde:<br>Distrito:<br>Nome do entrevistado:<br>Entrevistador:<br>Data:   |
| 1- O Sr(a) poderia afirmar que para implantação do acolhimento nesta unidade de saúde, o Protocolo foi elaborado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| 2- O Sr(a) poderia afirmar que no acolhimento nesta unidade de saúde, o Protocolo está sendo utilizado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| 3- O Sr(a) poderia afirmar que para implantação do acolhimento nesta unidade de saúde, a equipe de saúde foi capacitada?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| 4- O Sr(a) poderia afirmar que para implantação do acolhimento nesta unidade de saúde, foi desenhado o fluxo para atendimento?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| 5- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde são atendidas no acolhimento?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |
| 6- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde são escutadas com atenção às suas necessidades no acolhimento?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| 7- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde e são atendidas no acolhimento são classificadas de acordo com risco e vulnerabilidade para priorização do atendimento?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 8- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde são encaminhadas, conforme gravidade e risco, para atendimento na unidade de referência?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                |
| 9- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde tem agendamento das consultas mediante classificação de risco?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  |
| 10- O Sr(a) poderia afirmar que as pessoas que procuram o serviço nesta unidade de saúde, pertencentes a região de cobertura e que não tenha sido cadastrada, este é realizado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                 |



|   |
|---|
| 11-O Sr(a) poderia afirmar que são realizadas reuniões técnicas mensais para integração e discussão de papéis entre os profissionais da equipe?<br>( )Sim ( ) Não |
| 12-O Sr(a) poderia afirmar que são realizadas reuniões mensais da equipe com a comunidade?<br>( )Sim ( ) Não  |
| 13-O Sr(a) poderia afirmar que os profissionais da equipe tem realizado acompanhamento na resolução de consultas?<br>( )Sim ( ) Não                               |
| 14-O Sr(a) poderia afirmar que os profissionais da equipe tem orientado aos usuários sobre os serviços disponíveis de referência no território?<br>( )Sim ( ) Não |
| 15-O Sr(a) poderia afirmar que foram instituídos grupos de programas específicos?<br>( )Sim ( ) Não   |
| 16-O Sr(a) poderia afirmar que são desenvolvidas atividades preventivas e de educação em saúde junto aos usuários?<br>( )Sim ( ) Não                              |
| 17-Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais desta unidade na implantação do Acolhimento?   |
| 18-O que facilitou a implantação?   |
| 19- Que benefícios você pode observar após a implantação do Acolhimento?  |
| 20- Trouxe algum prejuízo para a Unidade? Quais?  |
| 21- O Sr. Gostaria de falar algo sobre a implantação do acolhimento que não lhe foi perguntado?   |

Lembrar de agradecer!

## Apêndice B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa: Avaliação da Implantação do dispositivo Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife**

**Pesquisador Responsável: Rita Maria Spósito Antonino Tenório**

**Colaboradores:** Profissionais de saúde do Distrito Sanitário V.

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo, cujo objetivo é avaliar a Implantação do dispositivo Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife.

Em conformidade com a resolução 196/96, serão respeitados os princípios da ética na pesquisa com seres humanos, comprometendo-se a assegurar o sigilo e a privacidade dos resultados obtidos, não acarretando nenhum tipo de dano aos participantes.

Como benefícios, os resultados do estudo serão apresentados aos Gestores e aos profissionais das Unidades participantes ao longo e ao final da pesquisa, trazendo benefícios diretos uma vez que podem contribuir para a gestão, para qualificação dos profissionais do serviço e conseqüentemente a melhoria da atenção aos usuários. Espera-se também, que esses resultados sirvam de referência para fundamentar a implantação do dispositivo acolhimento em outras unidades de serviço.

O estudo não causa riscos à sua saúde. Vamos conversar com você em local privado e suas informações serão preservadas em sigilo e sua identidade será mantida desconhecida. Mas sua participação é voluntária, sendo-lhe facultado o direito de participar ou não da mesma. Vamos utilizar o gravador para não perder nenhuma informação do questionário e para diminuir o tempo da entrevista.

O estudo não lhe trará nenhuma despesa nem você não receberá nenhum benefício financeiro e seus resultados poderão ser divulgados em eventos ou publicações científicas, porém, nunca será revelada a identidade de seus participantes.

A partir dos esclarecimentos acima, eu: (participante)

\_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa: **Avaliação da Implantação do dispositivo Acolhimento nas Unidades de Saúde da Família da Cidade do Recife**

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Testemunha

**Telefones, e-mail e endereço de contato do pesquisador responsável e Comitê de Ética e Pesquisas - IMIP**  
**Rita Maria Spósito Antonino Tenório: (81)94886388 / e-mail: ritamsat@gmail.com**  
**Comitê de Ética e Pesquisas do IMIP: Rua dos Coelho, 300 – Boa Vista – CEP: 50070-550. Diretoria de Pesquisas do IMIP. Fone: (81)21224702. Página do IMIP na internet: www.imip.org.br.**