

Acolhimento no sistema municipal de saúde

Jorge José Santos Pereira Solla ¹

'Sheltering' in the municipal health system

¹ Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Rua Basília da Gama, s. n. Campus Universitário. Canela. Salvador, BA, Brasil. CEP: 40.110-040

Abstract

This article is a review focusing on the proposal of "sheltering", in the public health system including concept and scope. It discusses proposal application and relationship with the healthcare models of the Unified Health System. Based on more current concepts on "sheltering", systematized in this paper and the principal implementation experiences, the proposal is to determine the three major environments of implementation. It comprises the description of the experience developed in Vitória da Conquista in Bahia, particularly the implementation of a new "sheltering" concept in public healthcare units based on models and change strategies in the public healthcare system of the Unified Health System.

Key words Decentralization, SUS (BR), Health services

Resumo

O artigo apresenta uma revisão sobre a proposta de 'acolhimento', sua conceituação e dimensões. Discute a incorporação desta proposta e sua relação com os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. A partir dos conceitos mais correntes sobre 'acolhimento', sistematizados neste texto, e das principais experiências de implantação desenvolvidas, propõe identificar três grandes âmbitos de incorporação desta proposta. Descreve a experiência desenvolvida no município de Vitória da Conquista, Bahia, particularmente o processo de implementação da proposta de 'acolhimento' nas unidades que compõem a rede de serviços de saúde, considerando as concepções sobre os modelos e as estratégias de mudança na organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave Descentralização, SUS (BR), Serviços de Saúde

Introdução

O setor saúde no Brasil tem passado por importantes mudanças com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os princípios do SUS está a descentralização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização tem transferido responsabilidades, prerrogativas e recursos para os governos municipais.¹

A descentralização tem sido uma opção muito freqüente nas mudanças constitucionais e nas estruturas organizacionais em alguns países. Através dela pode-se criar condições para uma maior autonomia do nível local no uso dos recursos e na definição e implementação das políticas, com maior acesso e controle pelos setores organizados da população.²

"Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesma, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Consideramos que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos" (Hortale et al.; 2000: 232).³

O Brasil é um país continental e complexo, marcado por profundas desigualdades econômicas, sociais, demográficas, culturais e sanitárias. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde. Além disso, reforça essa opção o fato de tratar-se de um sistema federativo especial, onde os municípios são entes federativos, dotados de autonomia política, administrativa e financeira. Assim, o processo de descentralização em curso reserva aos municípios um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, assumindo a execução das ações e serviços de saúde sendo, portanto, um processo de devolução, com a transferência de poder e recursos de uma esfera de governo para outra, a qual passa a assumir maior nível de autonomia política e administrativa.⁴ Pode-se considerar que no caso brasileiro estão presentes também características de um processo de desconcentração, pelas limi-

tações existentes ao grau de autonomia dos municípios, relacionadas principalmente ao grau incipiente da capacidade política e técnico-gerencial da maioria dos municípios.⁵

Muitos dos municípios que assumiram a gestão plena exercitaram um processo extremamente rico de gestão do sistema de saúde, criaram capacidade de regulação, reorganizaram a rede de serviços, ampliaram capacidade instalada pública, montaram serviços de controle, avaliação e auditoria, criaram sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares, desenvolveram a participação dos conselhos de saúde (municipais e locais), ampliaram o acesso da população às ações e serviços de saúde, melhoraram a produtividade dos serviços, aumentaram a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares e reduziram internações desnecessárias.^{4,6-10}

Ao esforço de descentralização do sistema de saúde é associado outro para implantação de mudanças na forma concreta de operacionalizar a atenção à saúde aos municípios. O desafio de efetivar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade e de viabilizar uma oferta de serviços de saúde que consiga responder aos problemas de saúde dos usuários tem assumido papel de destaque, ganhando relevância a discussão sobre modelos de atenção à saúde.¹¹⁻¹⁵

Os avanços obtidos com a descentralização das ações e serviços de saúde verificados na última década apontam a necessidade de aprofundar esse processo. Ocorreu uma ampla descentralização dos recursos e das responsabilidades de gestão sobre os serviços.¹⁶ Contudo, o processo de descentralização, traz embutido o risco de reprodução no nível municipal dos modelos herdados do antigo INAMPS e das Secretarias Estaduais de Saúde.

O presente artigo tem como objetivo descrever a experiência desenvolvida no município de Vitória da Conquista, Bahia, particularmente o processo de implementação da proposta de 'acolhimento' nas unidades que compõem a rede de serviços de saúde, considerando as concepções sobre os modelos e as estratégias de mudança na organização da atenção à saúde no SUS.

Debate sobre modelos de atenção à saúde no SUS: significado do 'acolhimento'

A identificação dos limites dos modelos de atenção à saúde hegemônicos no Brasil e de experiências que têm buscado sua superação e a construção de inter-

venções que concretizem os princípios e diretrizes do SUS levaram a elaboração de diversas proposições, entre as quais têm se destacado: ações programáticas de saúde, acolhimento, vigilância da saúde, cidades saudáveis e promoção da saúde.¹⁷

A Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Apesar das dificuldades encontradas, em especial nos grandes centros urbanos, tem demonstrado grande potencial de fortalecer a implantação do acolhimento na rede básica, o vínculo entre equipe, serviço e usuário, e a humanização do atendimento.^{18,19}

"Nesse particular, a intervenção mais ampla realizada no Brasil visando à modificação do modelo de atenção hegemônico talvez possa ser creditada à reorganização da atenção básica, particularmente por meio do PSF, vinculado à vigilância da saúde. Estas duas propostas alternativas de modelo de atenção têm sido reconhecidas como eixos reestruturantes do SUS. Entretanto, cabe ressaltar que muitas das propostas mencionadas são relativamente complementares e convergentes. Assim, o PSF progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, dispondo, ainda, de uma grande potencialidade de ajudar na construção da viabilidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis". (Paím; 2004: 20).²⁰

Teixeira considera que

"[...] nenhuma das propostas e experiências em processo no país dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na problemática do modelo assistencial. São respostas parciais, que precisam ser conhecidas e articuladas". (2002: 88).¹⁷

A partir da análise das principais atribuições das equipes de saúde da família, Campos²¹ identifica que estas são coerentes e estão em perfeita sintonia com a proposta de 'vigilância da saúde'. Considera ainda que este tipo de atuação para além das equipes de saúde da família deve ser disseminada no conjunto dos serviços, desde a atenção básica até a atenção hospitalar, envolvendo nessa lógica assistencial inclusive outros equipamentos e aparelhos sociais.

Assim, a articulação entre 'Saúde da Família', 'Vigilância da Saúde', 'Promoção da Saúde' e 'Acolhimento' seria uma proposta possível, desejável e necessária para a construção de um modelo de atenção à saúde coerente com os princípios e dire-

trizes do SUS com a conjugação de elementos conceituais, metodológicos e operacionais.^{22,23}

O "acolhimento" significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando-se pela resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária.^{7,11,13,24,27}

Teixeira¹⁷ sistematizando propostas que têm tentado dar conta da problemática do modelo assistencial considera que propostas que visam incorporar o 'acolhimento' e o 'vínculo' entre usuários e trabalhadores da saúde, também têm contribuído para desvelar e problematizar a '(des)humanização' do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde. Dessa forma a introdução do 'foco no cliente' e a incorporação de alterações substantivas nos processos de trabalho nos serviços de saúde poderiam "problematizar aspectos críticos do modelo médico hegemônico, como a relação médico-paciente (em suas dimensões éticas e culturais) ou mesmo os limites dos conhecimentos e tecnologias utilizadas tão intensamente no âmbito deste modelo".

Na perspectiva de incorporação do 'acolhimento' nos serviços de saúde Franco *et al.*²⁵ sistematizaram como princípios para organizar o serviço de forma usuário-centrada: "atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal"; "reorganizar o processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional"; e "qualificar a relação trabalhador - usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania".

Silva Júnior e Mascarenhas²⁶ desenvolvendo aspectos conceituais e metodológicos da avaliação da atenção básica em saúde identificam quatro dimensões do 'acolhimento': 'acesso' - geográfico e organizacional; 'postura' - escuta, atitude profissional-usuário e relação intra-equipe; 'técnica' - trabalho em equipe, capacitação dos profissionais e aquisição de tecnologias, saberes e práticas; 'reorientação de serviços' - projeto institucional, supervisão e processo de trabalho.

Para estes autores,²⁶ trabalhar o 'acolhimento'

enquanto postura pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem os usuários e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o sofrimento. Dessa maneira é possível contruir relações de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários. A discussão sobre acolhimento nas unidades, levanta questões relativas a qualidade do acesso e da recepção dos usuários e determina uma mudança do foco de tensionamento para dentro dos serviços, estabelecendo a relação médico-paciente como o caso mais emblemático. Nesta dimensão do acolhimento como postura também se situam as relações ao interior da própria equipe de saúde e entre níveis de hierarquia na gestão.

Em outra dimensão, o 'acolhimento' enquanto técnica, implica na construção de ferramentas que contribuam para a escuta e análise, identificando entre as soluções possíveis de serem ofertadas as mais adequadas às demandas apresentadas. A composição da equipe traduziria a incorporação de novos agentes e alterações no próprio processo de trabalho, relativas a mudanças na forma como os serviços são organizados. Assim, o 'acolhimento' assume a condição de reorganizador do processo de trabalho, de 'diretriz de serviço', identificando demandas dos usuários e reorganizando o serviço. As atividades de acolhimento teriam objetivo de buscar ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde.²⁵⁻²⁷

"Como a organização de serviços, o acolhimento detém uma proposta, um projeto institucional que deve nortear todo o trabalho realizado pelo conjunto dos agentes e a política de gerenciamento dos trabalhadores e da equipe. A proposta de trabalho para o serviço orienta desde o padrão da composição de trabalho na equipe, o perfil dos agentes buscados no processo de seleção, de capacitação, os conteúdos programáticos e metodológicos dos treinamentos, até os conteúdos programáticos e metodológicos da supervisão e da avaliação de pessoal. Nesse contexto, tem destaque a supervisão, considerada importante no modo de organização de serviços no acompanhamento do cotidiano do trabalho. Esse quadro implica reflexão a respeito do próprio processo de trabalho e das necessidades de saúde". Em relação à dimensão relativa ao acesso estes autores a definem como "a entrada potencial ou real de dado

grupo populacional em um sistema de prestação de cuidados de saúde". (Silva Júnior e Macarenhas; 2004: 246).²⁶

Outros autores têm ressaltado a importância de expandir as fronteiras das propostas de 'acolhimento' para além dos limites da atenção básica em saúde. Malta *et al.*¹¹ consideram que a implantação do 'acolhimento' não deve se restringir às unidades básicas de saúde e outras portas de entrada do sistema de saúde, mas pressupõe uma postura de receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS no Sistema Municipal de Saúde como um todo.

"A diretriz de acolher, de responsabilizar, de resolver, de criar vínculos não pode se resumir às unidades básicas, mas deve permear todo o sistema, modulando os demais níveis da assistência (especialidades, urgência, hospitais), as áreas técnicas ou meios, assim como todas as ações de gerência e gestão, construindo um novo modelo técnico-assistencial da política em defesa da vida individual e coletiva"(Malta et al.; 1998; 141).¹¹

A partir dos conceitos mais correntes sobre 'acolhimento', anteriormente sistematizados e das principais experiências de implantação desenvolvidas propomos identificar três grandes âmbitos de incorporação desta proposta no Sistema Único de Saúde, onde o 'acolhimento' aparece como:

- a) Postura/prática do profissional de saúde frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo (em equipe);
- b) Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde visando melhor atender aos usuários e ampliar a capacidade de identificar e resolver os problemas;
- c) Diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar, nos diversos pontos de atenção do sistema de saúde capacidade para dar respostas às demandas apresentadas pelos usuários disponibilizando as alternativas tecnológicas mais adequadas.

Consideramos que essa terceira alternativa, de trabalhar o 'acolhimento' enquanto diretriz para as políticas de saúde, transforma essa proposta em uma eficiente estratégia para operacionalizar as principais diretrizes do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade.

Assim, o 'acolhimento' é mais do que uma triagem qualificada ou uma 'escuta interessada', pressupõe um conjunto formado por atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções resolutivas para seu enfrentamento, ampliando a capacidade da equipe de saúde em responder as demandas dos usuários, reduzindo a centralidade das

consultas médicas e melhor utilizando o potencial dos demais profissionais.

Além disso, rompe com a lógica hegemônica de agendas fechadas e pré-definidas e busca redirecionar a demanda espontânea para atividades organizadas pelo serviço para oferta programada. Implica em integração horizontal e vertical no sistema de saúde criando mecanismos que permitam identificar e acionar os recursos necessários para dar resposta adequada a cada ordem de problema identificado.

Dessa forma a incorporação da proposta de 'acolhimento' pode contribuir para uma efetiva responsabilização clínica e sanitária por parte do sistema de saúde e construir vínculos entre usuários e trabalhadores. Isso implica em incorporar esta diretriz na construção das políticas de saúde, na implantação dos sistemas municipais de saúde, viabilizando os diversos pontos de atenção e recursos tecnológicos adequados na rede básica, na rede de urgência/emergência, nas unidades ambulatoriais especializadas (de acesso direto e de acesso mediado por centrais de regulação), na rede Hospitalar, implantando centrais de regulação e serviços de apoio terapêutico e social, e constituindo e fortalecendo espaços de controle social.

Vitória da Conquista e a construção do Sistema Municipal de Saúde

Vitória da Conquista, localizado na Região Sudoeste, é o terceiro maior município da Bahia, com uma população estimada em 285.925 habitantes para 2005. Apesar de sua alta taxa de urbanização (80%), Vitória da Conquista possui uma grande população rural, distribuída por 284 povoados em doze distritos da zona rural, com extensão territorial de 3.743 km². A partir de 1997 este município vem experimentando outras possibilidades de exercício do poder local, que buscam contribuir com a ampliação da cidadania. A atual administração, de perfil democrático-popular, vem se pautando nos princípios da transparência administrativa, na inversão de prioridades, na participação popular e no trabalho em parceria, buscando fomentar a co-responsabilidade social e tomando a decisão de assumir a responsabilidade da gestão do sistema municipal de saúde.²⁸

No início da gestão municipal, autodenominada "Governo Participativo", em janeiro de 1997, eram apenas seis unidades básicas de saúde na rede pública municipal, com baixa oferta de ações e serviços de saúde, em precário estado de funcionamento, com profissionais desmotivados e salários atrasados (cinco meses sem pagamento). Os agentes

rurais de saúde, que durante vários anos desenvolviam um trabalho importante em suas comunidades, encontravam-se sem receber salários e sem suporte e estímulo para sua atuação. As atividades de Vigilância Epidemiológica e Sanitária estavam desativadas ou não haviam sequer, sido implantadas efetivamente. A cobertura vacinal em gestantes e crianças era muito baixa. O Conselho Municipal de Saúde estava desativado. A relação do SUS com a rede contratada/conveniada era caracterizada por ausência total de ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. A rede SUS no município era conformada por nove hospitais e elenco de clínicas e consultórios médicos, a maior parte credenciados desde o período do antigo INAMPS.²⁸

Rompendo com as formas tradicionais da política praticadas no Nordeste, a administração municipal assumiu como prioridade políticas públicas de caráter social, especialmente aquelas voltadas para a educação e a saúde.

A grande meta da saúde foi assegurar a municipalização, com a configuração de um Sistema Municipal de Saúde, permitindo, em um primeiro momento, a implantação de vários serviços e programas de atenção básica, e o fortalecimento das ações de vigilância, e posteriormente a ampliação da oferta de atenção especializada e a reorientação da atenção hospitalar. Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias do Município. O Plano Municipal de Saúde (1998 - 2001) teve como premissas a mudança na estratégia de intervenção sobre os problemas de saúde com a reorientação do modelo assistencial e a descentralização das ações de saúde e teve suas metas totalmente cumpridas, e em muito superadas.

Em março de 1998 o município assumiu a Gestão Plena da Atenção Básica, iniciou a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), fortalecendo a rede básica de saúde e organizando as ações de vigilância (sanitária e epidemiológica) e controle de doenças.

Em 1999, a realização da IV Conferência Municipal de Saúde, com grande participação popular (mais de 4000 pessoas envolvidas em 76 pré-conferências) definiu as diretrizes para a política de saúde a ser assumida pelo município com a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, a qual iniciou em outubro de 1999 após a realização da primeira Programação Pactuada Integrada (PPI) envolvendo 40 municípios da Região Sudoeste. Foi reorganizada a atenção especializada e hospitalar, implantadas ações de controle, regulação e auditoria

e efetivada uma ampliação progressiva da capacidade instalada pública. Em novembro de 2003 a gestão dos serviços de alta complexidade passou para o município e em setembro de 2004 uma nova PPI já passou a contar com 75 municípios da região ampliando as referências intermunicipais formalmente estabelecidas para Vitória da Conquista.

A experiência de Vitória da Conquista na implantação de um Sistema Municipal de Saúde coerente com os princípios e diretrizes estabelecidos para o Sistema Único de Saúde é identificada como um dos mais importantes e bem sucedidos processos de municipalização da saúde no Estado da Bahia.

O 'Acolhimento' no Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista

Desde o início do "Governo Participativo" a administração municipal buscou viabilizar a proposta de 'Vigilância da Saúde', empregando a estratégia de 'Saúde da Família' e incorporando tanto as 'ações programáticas de saúde' quanto o 'acolhimento' na rede de serviços. As proposições sistematizadas como no âmbito da 'promoção da saúde' e de 'cidades saudáveis' também estiveram fortemente presentes na construção do sistema municipal de saúde. Foi implantado um sistema municipal de saúde centrado no usuário, buscando humanizar as relações entre gestores, usuários e trabalhadores da saúde e viabilizar o 'acolhimento' em todos os pontos de atenção. A seguir faremos uma breve descrição das ações de 'acolhimento' nos diversos pontos de atenção do sistema municipal de saúde em Vitória da Conquista destacando as particulares da implantação desta diretriz nos processos de trabalho concretos em cada tipo de serviço de saúde, iniciando pela rede de atenção básica à saúde.

A rede básica foi sendo montada com base na estratégia de Saúde da Família e atuam hoje 37 equipes, sendo 23 na zona urbana (que trabalham em 12 unidades de saúde da família) e 14 na zona rural, que contam com 13 unidades de saúde da família, 44 postos de saúde e uma unidade móvel como locais de atendimento em função do grande território rural e a dispersão da população. Odontólogos e auxiliares de consultório dentário estão presentes em todas as equipes de saúde da família, realizando atividades preventivas e tratamento odontológico. Existem também sessenta Centros de Saúde (já com suas respectivas populações adscritas e áreas de abrangência definidas e apesar de não contarem com equipes de saúde da família já têm agentes comunitários atuando), a Unidade de Vigilância Sanitária e o

Centro de Controle de Endemias.

Na rede básica várias ações caracterizam o acolhimento, dizendo respeito a sete âmbitos diferenciados:

- Recepção, escuta, identificação de demandas e respostas adequadas aos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território. Não existe um padrão único para todas as unidades na forma de desempenhar esta tarefa, contudo todas têm agendas contemplando a oferta organizada e com espaço para atender a demandas identificadas que precisam de respostas imediatas;

- Estrutura física das unidades, com ambiente adequado para as diversas ações e para espera dos usuários; quase todas as unidades básicas foram construídas a partir de um projeto básico que serviu de matriz, com algumas variações em função de particularidades locais, do terreno disponível e do número de profissionais;

- Organização de oferta programática: atividades individuais e em grupos para hipertensos e diabéticos; triagem neonatal; pré-natal e puericultura; ações de diagnóstico e prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas; planejamento familiar; diagnóstico e tratamento de tuberculose, hanseníase e DST por todas as equipes; em algumas áreas, em função da identificação da alta prevalência, ações para controle de parasitoses intestinais; atividades de vigilância epidemiológica, controle de doenças e vigilância nutricional; imunização em todas as unidades e horários, inclusive na zona rural;

- Realização na própria unidade de pequenos procedimentos, coleta de material para exames e dispensação de medicamentos básicos evitando que o paciente tenha que buscar estas ações em outros serviços de saúde - implantação de postos de coletas para exames laboratoriais nas unidades de saúde da família; realização de curativos, nebulização e outros procedimentos; coleta de material para citopatológico cérvico-uterino; e dispensação de medicamentos de todo o elenco básico que no município foi ampliado incorporando alguns medicamentos que não fazem parte da lista nacional;

- Realização de atenção a pequenas urgências - atenção às urgências, evitando a busca por serviços de pronto-socorro em situações que podem ser resolvidas na rede básica; com isso é reduzida a sobrecarga aos pronto-socorros;

- Articulação com os serviços de urgência / emergência, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e com a Central de Regulação de Urgência/Emergência; A portaria do Ministério da

Saúde que normatizou os sistemas de urgência e emergência estabelece como atribuições da atenção primária à saúde (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) o acolhimento e atendimento das urgências de baixa gravidade e cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção, com o acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura.²⁹

- Acesso as Centrais de Regulação para marcação de consultas e procedimentos especializados e de internações hospitalares eletivas a partir das unidades básicas - a porta de entrada para a atenção ambulatorial especializada eletiva é a unidade básica a partir de onde os usuários têm acesso, com a unidade sendo a responsável por acionar a central e agendar os procedimentos solicitados. Na zona urbana o contato é feito "on-line" em algumas unidades básicas e por telefone acionando videofonistas da Central por outras. Na zona rural as equipes de saúde da família trazem diariamente as solicitações de procedimentos a marcar e levam os pedidos já agendados; quando atendido em serviços de urgência/emergência e necessitam marcar consultas e procedimentos especializados os usuários são encaminhados a suas respectivas unidades básicas de saúde para a partir delas ter acesso a atenção especializada eletiva. Da mesma forma a solicitação de uma internação eletiva leva a unidade básica, através da Central, a agendar uma consulta do paciente com um dos médicos autorizadores. Os casos que necessitarem de tratamento fora do domicílio, medicamentos especiais e apoio terapêutico e social são agendados para o serviço social que tem a finalidade de atender estas demandas, a partir da unidade básica e mediada pela Central, que também administra esta agenda;

- Implantação de Conselhos Locais de Saúde - estes conselhos discutem os problemas enfrentados pela equipe de saúde, a programação das ações e inclusive o aperfeiçoamento das relações entre usuários e trabalhadores de saúde; é importante também registrar uma interrelação entre os conselhos locais de saúde, a atuação dos agentes comunitários de saúde e a realização do 'orçamento participativo'.

O perfil da rede básica de Vitória da Conquista, apesar de não assegurar a priori e em todas as situações o pleno sucesso das estratégias de acolhimento e humanização amplia o leque de possibilidades de resultados positivos, principalmente levando em conta que a atenção básica à saúde reúne certas características que estabelecem relevância especial com este tipo de propostas em função da "extensão e capilaridade da rede de serviços de atenção primária

à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede de serviços de saúde, (...) a sua atuação referida às demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os 'problemas da vida' e a 'patologia' objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras, fundamentais: a importância excepcional que adquire neste espaço o que Deslandes, segundo Teixeira (2005: 592).³⁰ chamou:

"[...] tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais" ou, em outras palavras, a importância das "tecnologias de conversa" que facilitariam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de 'porta de entrada' não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão"

Além da rede básica também são portas de entrada no sistema municipal de saúde os serviços de urgência/emergência (pronto-socorros e Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e algumas unidades especializadas ambulatoriais que por suas características particulares foram definidas como de acesso direto - Centro de Estudos e Atenção às Dependências Químicas (CEAD - CAPS ad), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em DST/AIDS e o Centro de Pneumologia e Dermatologia Sanitária. O Laboratório Central de Análises Clínicas além de receber material coletado nas unidades básicas de saúde também realizada coleta em sua sede com acesso direto aos pacientes que assim demandarem. Aqui temos três situações diferentes em relação a implantação do acolhimento nestes tipos de serviços que ilustram bem a necessidade de adequar as ações de acolhimento ao tipo do serviço de saúde levando em consideração as peculiaridades da demanda espontânea e do fluxo referenciado.

Além da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e da Central de Regulação de Urgência/Emergência, foram criados "Postos

Avançados" nos principais pronto-socorros com prepostos da Secretaria Municipal de Saúde atuando 24 horas na identificação de problemas e de soluções para sua superação, orientando os pacientes e apoiando os profissionais de saúde desses serviços. Estes funcionários foram treinados e atuam ajudando a resolver problemas no atendimento nestes serviços e fazendo a conexão imediata e direta destes com o restante da rede SUS, em especial com as Centrais de Regulação. Assim, demandas como, por exemplo, realização de tomografia computadorizada para pacientes atendidos nos serviços de emergência são autorizadas a qualquer hora e contam com apoio para remoção interhospitalar. A ação desses profissionais em conjunto com as equipes do SAMU e da Central de Regulação de Urgência/Emergência potencializam os recursos disponíveis, podem convocar recursos extraordinários e ampliam o potencial de acolhimento dos usuários nos principais pronto-socorros da cidade. A implantação do SAMU em Vitória da Conquista foi iniciada ainda em 2000 sob a denominação de "Resgate Médico", bem antes do Ministério da Saúde conformar uma proposta nacional - em janeiro de 2003 existiam apenas 16 municípios no Brasil com serviços deste tipo em funcionamento.

No caso dos serviços extra-hospitalares em saúde mental o acolhimento tem um papel especial e diferenciado, ganhando destaque a qualidade da primeira abordagem a todas as pessoas que procuram estas unidades tanto aos pacientes quanto aos seus familiares para a construção de vínculos efetivos com estes serviços. Tanto recebem pacientes por demanda espontânea como referenciados a partir da rede básica, de serviços ambulatoriais especializados, dos serviços de urgência/emergência e egressos de internação hospitalar. No caso do CAPS ad (CEAD) destaca-se ainda o 'acolhimento' extra-muros através do "Consultório de Rua" para acolher e acompanhar crianças e adolescentes em situação de rua envolvidas com o consumo de drogas.

O Centro de Referência em DST/AIDS trabalha uma estratégia particular para o 'acolhimento', recebendo o usuário, o atendendo no Centro de Testagem Anônima (CTA), com acolhimento individual e coletivo através dos quais é identificada a demanda e são prestadas orientações sobre prevenção de DSTs. O serviço faz também ações de busca ativa para mapear, convidar e acolher populações de risco como o caso de profissionais do sexo. Aqui também aparece o 'acolhimento' fora dos muros da unidade. Com apoio dos agentes comunitários de saúde os pontos de prostituição no município foram identificados e através de profissionais do serviço e

alunos universitários as profissionais do sexo foram entrevistadas e convidadas a comparecer ao serviço e a freqüentarem regularmente, inclusive para receberem mensalmente um quantitativo de preservativos. Esse centro tem atuação forte junto a comunidade e articulação com a rede básica e hospitais. Caso o usuário seja portador de HIV passa a ser acompanhado nesse centro de referência pelas equipes do Serviço de Assistência Especializada/SAE, Hospital Dia/HD e Assistência Domiciliar Terapêutica/ADT.

Mesmo com as equipes de saúde da família realizando diagnóstico e tratamento de tuberculose e hanseníase foi viabilizado um Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária, que além de ser uma referência especializada para casos de tuberculose e hanseníase, apoiando as equipes da atenção básica, acompanhando uma parte dos casos e atendendo pacientes de outros municípios da região, também atua no diagnóstico e tratamento de outras endemias (como leishmaniose). Recebe pacientes referenciados pela rede e também provenientes de demanda espontânea. Também coordena e supervisiona os casos de tratamento supervisionado e providencia apoio social quando necessário. É importante registrar que pelo estigma social relacionado a essas patologias a qualidade do 'acolhimento' no primeiro contato e na continuidade do acompanhamento são fundamentais para o sucesso do processo terapêutico.

Entre as unidades especializadas com acesso mediado pela Central de Marcação de Consultas e Procedimentos Especializados destaca-se o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE), um grande ambulatório com 30 especialidades diferentes, onde são realizadas sessões para os usuários visando informar sobre os recursos colocados a disposição pelo sistema municipal de saúde e orientando sobre seus fluxos e sua utilização adequada. Em 2004 essa ação envolveu mais de 30.000 usuários do serviço. Neste centro os pacientes que precisam agendar retorno ou a realização de outros procedimentos solicitados pelos especialistas fazem a marcação pessoalmente em balcão da Central de Marcação, não necessitando se dirigir a sua unidade básica para contacto com a Central.

No CEMAE funciona também o Serviço Social para Tratamento Fora do Domicílio, Dispensação de Medicamentos Especiais e Apoio Terapêutico e Social (incluindo transporte social para pacientes em situações especiais). Em 2004 este serviço atendeu 3776 usuários que apresentavam demandas não passíveis de resolução pelos outros serviços existentes. Aqui o 'acolhimento' guarda a especificidade

de atender, situações mais diferenciadas, de usuários que passaram por outros serviços e não alcançaram plena resolutividade no atendimento de demandas e necessidades. Cabe ressaltar que as situações de tratamento fora do domicílio são restritas a algumas ações de alta complexidade que ainda não são ofertadas na rede municipal, o que pode ser observado pelo baixo percentual de internações de residentes do município em hospitais fora de Vitória da Conquista, que vem inclusive reduzindo a cada ano, tendo representado 2,43% em 2000, caindo para apenas 1,87% do total de internações hospitalares em 2004.³¹

Algumas medidas inovadoras implantadas representaram redução de deslocamento dos pacientes entre os pontos de atenção, como a implantação de posto de coleta de exames laboratoriais para os pacientes nos serviços de quimioterapia e prioridade para a pronta realização destes exames por parte do Laboratório Central.

A rede hospitalar é conformada por três unidades públicas, um hospital geral filantrópico, e cinco serviços privados contratados pelo SUS. Destacam-se as ações de 'acolhimento' no Hospital Municipal Esaú Matos. Este serviço estava entregue em comodato à Santa Casa de Misericórdia há oito anos. Em 2001 a administração municipal o retomou, realizou grandes reformas, ampliação e, o reequipou. Neste serviço foram implantadas várias iniciativas importantes que já levaram ao título de Hospital Amigo da Criança, menção honrosa do Prêmio Fernando Figueira além de ter ficado entre os finalistas do Prêmio Galba de Araújo. Dentre as iniciativas importantes destacam-se a criação de um Núcleo de Humanização e de Comissão de Ética, a presença regular de acompanhante nas internações pediátricas com o suporte necessário, alojamento conjunto na maternidade, adequação de espaço físico e 'doulas' (voluntárias) no pré-parto, incentivo ao aleitamento materno em todos os seus serviços, implantação de Banco de Leite Humano, realização sistemática de pesquisa de satisfação entre os usuários internados e uma programação de educação continuada que visa em especial fortalecer o acolhimento e a humanização.³¹ A rede hospitalar que antes da municipalização era marcada pela atuação isolada de cada serviço, por alta ocorrência de fraudes e cobrança aos usuários, pela triagem de pacientes em função de procedimentos mais "lucrativos", pela baixa qualidade da assistência prestada, pela característica de principal porta de entrada na ausência de uma rede básica e de mecanismos de regulação do acesso, e pelo predomínio dos interesses privados lucrativos das empresas que atuam

no setor, passou por profundas mudanças a partir do momento em que o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Hoje, todas as internações eletivas passam por autorização prévia após exame médico feito em serviço específico para tal finalidade, existe uma equipe médica de supervisão hospitalar que avalia em cada hospital diariamente as internações realizadas em regime de urgência/emergência, a programação de oferta destes serviços passou por profunda reformulação visando a melhor adequação às necessidades da população do município e da região, e a cobrança "por fora" deixou de existir. Assim o acesso da população à rede hospitalar foi ampliado e qualificado, incorporando medidas que resultam em melhor acolhimento dos pacientes e humanização dos serviços.

Em Vitória da Conquista a participação popular e o controle social têm sido fomentados com a criação e fortalecimento de diversos espaços como os Conselhos e Conferências Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da Cidade. Na relação com o 'acolhimento' os conselhos locais de saúde merecem ser destacados. Os três primeiros foram implantados em 1998 e em 2004 já funcionavam 23 Conselhos Locais de Saúde, sendo 17 na zona urbana e 06 na zona rural, com 152 Conselheiros Titulares e 152 suplentes.^{31,32} Os conselhos locais, entre outras atribuições, discutem o funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o 'acolhimento' dos usuários e superar os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários.

Outro instrumento importante é a Ouvidoria criada no Sistema Municipal de Saúde. Através deste espaço em 2003 foram acolhidos 301 usuários, com medidas tomadas para superar problemas identificados. Em 2004 foram 262 os atendidos pela Ouvidoria. Esse é também um espaço de 'acolhimento' diferenciado que, via de regra, recebe usuários trazendo situações de não-acesso, conflitos com trabalhadores ou outras ordens de questões geralmente já tensionadas.

Conclusões

Como descrito anteriormente o 'acolhimento', além de compreender uma postura do profissional de saúde frente ao usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde. Em Vitória

da Conquista foram feitos vários esforços visando fortalecer esta última perspectiva (sem abrir mão das duas primeiras), buscando criar os pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários tentando ampliar a resolutividade do sistema municipal de saúde, práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, grande ampliação da capacidade instalada pública, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços.

Impõe-se ainda muito a construir para melhorar a qualidade das ações já implementadas, implantar outras ações ainda não efetivadas e continuar aperfeiçoando os fluxos e os mecanismos de controle social.

Entre as limitações existentes destacam-se as impostas pelo financiamento, relacionadas com as dificuldades para continuar expandindo a arrecadação própria do município, a quase inexistente participação do Estado no financiamento do Sistema no que se refere a transferências para o município e o limitado crescimento dos repasses federais - os quais desde 2001 só ocorreram quando o Ministério da Saúde aumentou valores de tabela e incorporou o impacto desses reajustes diretamente no teto do município, não dependendo de aprovação da

Comissão Intergestores Bipartite Estadual.

Uma preocupação forte diz respeito a continuar o investimento em educação permanente dos trabalhadores da saúde. Esse trabalho será reforçado com a inauguração da Escola de Saúde da Família, uma unidade do Sistema Municipal de Saúde voltada para esse tipo de atuação, e com a implantação em Vitória da Conquista de um *campus* da Universidade Federal da Bahia com cursos da área de saúde.

O processo de construção do Plano Municipal de Saúde para o período 2006 a 2009 poderá criar um espaço importante de avaliação, entre outros aspectos, sobre a implantação do 'acolhimento' no sistema municipal de saúde permitindo reflexões que apontem para a superação das dificuldades ainda existentes.

Agradecimentos

Este artigo é produto do grupo de estudos em "Formulação, Implementação e Avaliação de Políticas de Saúde" da Linha de Pesquisa "Gestão em Saúde" do Programa de Pós-Graduação em Medicina do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O autor agradece as contribuições prestadas por Emerson Merhy, Carmen Teixeira, Arthur Chioro e Ana Paula Soter.

Referências

- Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Pol* 2000; 52: 113-27.
- Hortale VA, Comil EM, Pedroza M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 1999; 15: 79-88.
- Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16: 231-9.
- Mendes EV. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. *In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: HUCITEC; 1998. p. 17-55.*
- Soter AP. A descentralização da Vigilância em Saúde, no contexto da Descentralização do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2005: Termo de Referência para Contratação de Estudo de Caso. Campinas; 2005
- Bueno WS. Betim: construindo um gestor único pleno. *In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 169-95.*
- Campos CR. A produção da cidadania - construindo o SUS em Belo Horizonte. *In: Campos CR, Malta DC, Reis AF, Merhy EE. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 11-30.*
- Goya N. O SUS que funciona em municípios do Ceará. Fortaleza: AMECE; 1992.
- Silva SF. A construção do SUS a partir do município. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- Solla JJSP, Santos FP, Malta DC, Reis AT. Avaliação da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde em Vitória da Conquista. *In: Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências - Gestão dos Serviços de saúde. Brasília (DF); 2002.*
- Malta DC, Ferreira LM, Reis AT, Merhy EE. Acolhimento - Uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. *In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE. O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã; 1998. p. 121-42.*
- Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996 [tese doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2001.

13. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. *In: Cecílio L, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 117-60.*
14. Paim JS. Políticas de descentralização e Atenção Primária à Saúde. *In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 489-503*
15. Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1998.
16. Teixeira CF, Solla JJSP. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. *In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005. p. 451-79.*
17. Teixeira CF. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *In: Teixeira Cf, organizador. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: CEPS, ISC; 2002. p. 79-99.*
18. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface 2005; 9: 287-301.*
19. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da Integralidade. *In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 65-112.*
20. Paim JS. Atenção à saúde no Brasil. *In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília (DF); 2004. p. 15-44.*
21. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saúde Coletiva 2003; 8: 569-84.*
22. Teixeira CF. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde Debate 2003; 27: 257-77.*
23. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. *Rev Bras Saúde Fam 2004; 7: 10-23.*
24. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 71-112.*
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública 1999; 15: 345-53.*
26. Silva Júnior AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. *In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC; 2004. p. 241-57.*
27. Malta DC, Merhy EE. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996. *In: Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: produção científica doutorado e mestrado. Brasília (DF); 2002. p. 69-101.*
28. Teixeira CF, Solla JJSP. Gestión en la implementación del programa de salud de la familia en Brasil. 1998-2002: caso del município de Vitória da Conquista. Washington (DC): Banco Interamericano de Desarrollo; 2003. (Serie: Estudios de Caso y Experiencias Relevantes en Gerencia Social en América Latina).
29. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília (DF); 2004.
30. Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Coletiva 2005; 10: 585-97.*
31. Vitória da Conquista (Bahia). Secretaria de Saúde. Relatório de gestão 2004. Vitória da Conquista; 2004.
32. Oliveira JB, Gusmão SC. A experiência de saúde da família no estímulo à participação social no município de Vitória da Conquista - BA. *In: Fernandes AA, Seclen-Palacin JÁ, organizadores. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília (DF): OPAS, OMS, Ministério da Saúde; 2004. p. 63-76.*

Recebido em 10 de outubro de 2005

Versão final apresentada em 25 de novembro de 2005

Aprovado em 4 de dezembro de 2005