



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



ABINER SILVA ROSENDO JUNIOR

POLÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA:

As questões partidárias e ausência de vínculos entre os profissionais de saúde e a população atendida na unidade básica de saúde do Paraíso,
Bagre

BELÉM – PA
2020

ABINER SILVA ROSENDO JUNIOR

POLÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA:

As questões partidárias e ausência de vínculos entre os profissionais de saúde e a população atendida na unidade básica de saúde do Paraíso, Bagre

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Me Grace Fernanda Severino Nunes

BELÉM – PA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

J95p JUNIOR, Abiner Silva Rosendo
POLÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA: As questões partidárias
e ausência de vínculos entre os profissionais de saúde e a
população atendida na unidade básica de saúde do Paraíso,
Bagre / Abiner Silva Rosendo JUNIOR. — 2020.
23 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^a. MSc. Grace Fernanda Severino
Nunes

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências
da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Doenças crônicas. 2. Organização e
Administração. 3. Saúde Pública. 4. Acolhimento. I.
Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

ABINER SILVA ROSENDO JUNIOR

POLÍTICA NA SAÚDE PÚBLICA:

As questões partidárias e ausência de vínculos entre os profissionais de saúde e a população atendida na unidade básica de saúde do Paraíso, Bagre

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me Grace Fernanda Severino Nunes
Orientador

Prof. Thalyta Mayssa Paiva das Neves

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso. Ao meu pai e irmãos, que me incentivaram nos momentos mais difíceis e compreendem minha ausência. A minha mãe que mesmo não estando mais presente fisicamente, sei que esteve me abençoando, e sei também que estar orgulhosa de mim.

A minha orientadora, Grace Fernandes Severino Nunes, que durante meses me acompanhou pontualmente, dando todo o auxílio necessário para a elaboração do projeto.

Aos professores do curso de Saúde da Família, que através dos seus ensinamentos permitiram que eu pudesse hoje estar concluindo este trabalho.

A todos que participaram das pesquisas, elaboração e disposição no processo de obtenção de dados. O meu muito obrigado!

RESUMO

O acolhimento integral e afetivo é fundamento da estratégia saúde família. As vivências diárias dentro da unidade básica de saúde revelam que, por se tratar de um ambiente onde as pessoas se encontram fragilizadas, a formação de um vínculo fortalecido se torna indispensável. Entretanto, em alguns municípios, sobretudo nos mais longínquos, o envolvimento político no âmbito da saúde tem crescido, por vezes, se demonstrando deveras maléfico em se tratando da criação e fortalecimento dos referidos vínculos. Por isso, se demonstra importante o desenvolvimento da temática nas academias do país, pois é uma realidade existente e que necessita cada vez mais de ações de enfrentamento. Assim, o objetivo desta pesquisa é melhorar o acolhimento e atenção entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente para o grupo de doentes crônicos. Para tanto, optou-se por métodos estatísticos cuja a fonte de dados serão prontuários obtidos na unidade Paraíso situada no município de Bagre, estado do Pará. O critério de inclusão, ser portador das seguintes doenças crônicas: diabetes e hipertensão. Ademais, o estudo se consubstanciou com informações obtidas por meio de rodas de conversas realizadas com a comunidade, convivência com os pacientes e revisões bibliográficas. Por fim, as pesquisas apontaram para a consolidação de prejuízos à comunidade por conta do controle político que vem ganhando força no campo da saúde pública.

Descritores: Doenças crônicas; Organização e Administração; Saúde Pública; Acolhimento.

ABSTRACT

Comprehensive and affective care is the foundation of the family health strategy. The daily experiences within the basic health unit reveal that, because it is an environment where people are fragile, the formation of a strengthened bond becomes indispensable. However, in some municipalities, especially in the most remote ones, political involvement in the health field has grown, sometimes proving to be very harmful when it comes to the creation and strengthening of these links. For this reason, the development of the theme in the country's academies is important, as it is an existing reality that needs more and more coping actions. Thus, the objective of this research is to improve the reception and attention between health professionals and patients, especially for the group of chronic patients. For this, we chose statistical methods whose data source will be medical records obtained at the Paraíso unit located in the municipality of Bagre, state of Pará. The inclusion criterion, having the following chronic diseases: diabetes and hypertension. In addition, the study will consist of information obtained through conversations with the community, living with patients and bibliographic reviews. Finally, research points to the consolidation of losses to the community due to the political control that has been gaining strength in the field of public health.

Keywords: Chonic Disease; Organization and Administration; Public health; Welcome

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Justificativa	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivos Gerais.....	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. METODOLOGIA.....	14
3.1 Implicações Éticas	14
3.2 Delineamento do Estudo	14
3.3 População de Estudo.....	15
3.4 Variáveis do Estudo	15
3.5 Análise Estatística dos Dados	16
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO	19
6. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
7. REFERÊNCIAS	23

1. INTRODUÇÃO

O município de Bagre, situado na mesorregião do Marajó, no estado do Pará, possui características parecidas com seus vizinhos, precariedade em várias estruturas sociais, economia pouco desenvolvida e baixos índices de desenvolvimento humanos. Vários são os problemas enfrentados por seus moradores, em sua maioria, relacionados a questões de saneamento básico e saúde.

A população acostumou-se a viver com mínimo existencial, por vezes, esse mínimo adentra a esfera da dignidade humana. Falta tudo, sem dúvida, a inexistência de água potável se revela o principal problema, pois acarreta no desenvolvimento de diversas enfermidades. A maior parte da população menos abastecida, que é maioria na cidade, desconhece práticas mínimas de higiene, tanto pessoal como no trato com alimentos.

Trata-se de uma população doente, que lota todos os dias as unidades básicas de saúde por problemas superados em quase totalidade do país, mas que na cidade, por vezes, representa-se mortal. Em contraponto a essa situação estão as equipes da Estratégia Saúde Família atuando com mínimo no combate as situações descritas.

No município, as unidades básicas buscam oferecer todo o atendimento necessário ao paciente prestando um acolhimento de qualidade, entretanto, encontrando dificuldades em relação ao aporte de medicamentos, pois trata-se de uma população deveras carente, além do déficit de exames para auxílio em diagnóstico.

Quanto atribuições específicas referentes aos médicos, muito se fala sobre o acompanhamento dentro e fora da unidade, no entanto, esta atuação se encontra dificultada pela ineficiência do sistema de contra referência e da inexistência de um sistema tecnológico integrado entre as unidades primárias e secundárias de saúde, o que poderia possibilitar o trânsito de informações do paciente e favorecer um acolhimento pleno e mais humanitário.

Especificamente sobre a unidade básica de saúde do Paraíso, sobre a qual se debruçará este estudo, está situada em uma região de extrema pobreza e bastante populosa, é composta por: 01 (um) (médico), 01 (um) enfermeiro, 02(dois) técnicos,

08 (oito) ACS, 01(um) dentista e 01 (um) auxiliar de dentistas. Tendo em vista a falta de aporte de materiais e medicamentos da unidade o atendimento se limita em sua maior parte as consultas médicas e a realização de atendimento aos programas, como: Hiperdia, puericultura, puerpério, saúde sexual e reprodutiva, pré-natal e visitas domiciliares. Sem outros programas de saúde ou possibilidades de atuação.

Na UBS Paraíso, cidade de Bagre-PA, tem registrado 4230 pacientes, sendo que 225 são diabéticos e hipertensos 354, totalizando 576 doentes crônicos, sendo a grande maioria pessoas de baixíssima renda e nível de escolaridade baixa, e com essa expressividade, faz-se necessário a manutenção e rotina no tratamento para esses pacientes de doenças crônicas (ZAITUNE et al., 2006).

As doenças crônicas compõe um grupo de complicações que se caracterizam por apresentarem um período longo de latência, tempo de evolução prolongado e lesões irreversíveis que acarretam variedade de incapacidades e óbitos.

Diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS,2010).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente, aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). A HAS apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

Como fora relatado trata-se de uma população em estado de vulnerabilidade e fragilizada em sua essência. Por essa razão, o acolhimento integral e humanitário por parte dos profissionais de saúde se demonstram indispensáveis e para que se consubstancie se torna necessária a participação integralizada de toda equipe se consolidando na formação do vínculo usuário-profissional. Para Santos e Miranda:

O vínculo constitui-se num elo forte entre profissional e usuário, garantindo segurança no que concerne ao atendimento de suas necessidades. O indivíduo, pertencente àquela área de cobertura da ESF, acredita e confia que ao chegar à unidade de saúde ou no seu próprio domicílio receberá atenção de algum dos profissionais responsáveis por sua área. Apesar de parecer algo simples, a formação desse vínculo requer, de ambos,

profissional e usuário, momentos de conversação, escuta, acolhimento, trocas, responsabilização em torno do problema que será enfrentado e, conseqüentemente, vínculo. (SANTO; MIRANDA, 2016, p.5)

Segundo os autores supracitados, o vínculo não se forma da noite para o dia, exigindo diversos contatos, conversações e, para tanto, demanda tempo. O usuário da atenção básica de saúde precisa desenvolver a confiabilidade com relação aos profissionais que o irão atender nos momentos de adversidades.

A rede que se centraliza na formação do vínculo reúne diversos aspectos, não se trata de uma relação simples, é algo muito complexo. Essa complexidade está relacionada ao fato de que deve ocorrer a individualização do indivíduo em cada caso, além disso, a relação para que se forme um vínculo não deve ser apenas profissional, mas humana e multidisciplinar (SCHIMIDT MD, LIMA MADS. 2004).

O profissional de saúde no momento do atendimento não se relaciona apenas com o indivíduo, mas também com toda a carga histórica que ele carrega, a qual, por vezes, está repleta de desconfianças com relação, sobretudo, ao atendimento na saúde pública (GOMES MCPA, 2005).

O desafio diário é criar meios de enfrentamento para combate dessa desconfiança. Entretanto, essa postura de enfrentamento vem encontrando obstáculos por conta do envolvimento político na saúde pública, além da falta de comprometimento e conhecimento técnico dos responsáveis pela gestão da saúde nos municípios. Para Rodrigues esse envolvimento nocivo da política na saúde pública, no âmbito municipal, se revela como fruto do nosso passado histórico marcado por uma política fortemente clientelista:

Outro argumento importante a mencionar a esse respeito é o fato de, sendo de muito pequeno porte a maioria dos municípios brasileiros, seu poder político é em geral fortemente concentrado em poucas mãos. De fato, desde os tempos da colônia, o poder local esteve a serviço dos grandes proprietários rurais, esquema, aliás, que sustentou o fenômeno do coronelismo, erguido sobre as bases da antiga Guarda Nacional criada no Império (IZECKSOHN, 2009). Nesse anteparo, pode-se ainda citar a política dos governadores da Primeira República, em que as eleições e a nomeação dos principais cargos políticos eram totalmente controladas pelos poderosos locais (LEAL, 1997; FAORO, 2001).

Apesar de pertencer ao passado político brasileiro, o coronelismo deixou marcas que permanecem até os dias atuais principalmente nas cidades do

interior do país, cujas sociedades são menos organizadas, e o completo exercício da cidadania inexistente. O poder local brasileiro, e não só esse, ainda é marcado por características do coronelismo, como o mandonismo, o filhotismo ou apadrinhamento e o clientelismo, que suprem necessidades dos setores mais pobres da população na forma de favores políticos, em troca de votos nas eleições. (RODRIGUES,2014, p.15)

Como relatado pelo supracitado autor, a política concentrada nas mãos de poucos, como se apresenta em municípios muito pequenos, favorece a política de apadrinhamento. Nesse sentido, a escolha de profissionais para atuar em campos de domínio dos políticos deixa de ser por questões técnicas e impessoais e passa a ser por questões pessoais.

No campo da saúde, onde a maior parte das contratações não são realizadas por meio de concurso público, a situação é ainda mais crítica.

1.1 Justificativa

A opção pela escolha do tema surge de acordo com a vivência na unidade básica de atuação. O acolhimento individualizado da população atendida é essencial para o atendimento integral e continuidade no tratamento, sobretudo com relação as enfermidades crônicas. A população necessita sentir-se bem no momento em que se encontra mais fragilizado, entretanto, a ausência de vínculo com os profissionais de saúde impede que a população se sinta à vontade para relatar todas as suas necessidades. Por isso, diante da relevância do tema, é que se questiona sobre até que ponto os problemas relatados podem ser prejudiciais à saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Melhorar o acolhimento e atenção entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente para o grupo de doentes crônicos.

2.2 Objetivos Específicos

Desenvolver ações de capacitação para os profissionais de saúde no que se trata do acolhimento.

Melhorar o atendimento aos usuários por meio da realização de um acolhimento de qualidade e eficaz pela equipe.

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

Levando em consideração que o presente trabalho se debruçará em dados secundários obtidos mediante acesso a dados da estratégia de saúde da família, o estudo não será submetido ao Comitê de Ética, conforme estabelecido em Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, em se tratando de pesquisas em seres humanos.

Refere-se também à Resolução 510/16 (CNS, 2016) que inicia e reconhece as especificidades das CSH em suas concepções e práticas de pesquisa, assumindo seu caráter pluralista destacando a relação pesquisador-participante como um processo contínuo, dialógico, reflexivo e não hierárquico com a compreensão da permissão aos pesquisadores de iniciar o contato com as populações e a realidade a serem estudadas, não dependem da avaliação do CEP/CONEP.

3.2 Delineamento do Estudo

O tema que norteia o trabalho envolveu diversas discussões obtidas em rodas de conversas com a população atendida pela unidade básica de atuação. Nas supracitadas reuniões o tema surgiu por diversas vezes em momentos distintos, sempre com tom de crítica por parte da população por não sentir o amparo integral nas unidades de saúde ocasionado pela inexistência de vínculo entre estes e os profissionais de saúde.

Foi feita uma reunião com toda equipe que compõe a UBS e a partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão. Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes), passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, e implantar o acolhimento que não existia até então na unidade.

Visto isto, identificamos o cronograma semanal da equipe da UBS- Paraíso, através da observação e registro da demanda espontânea e fluxo já estabelecido dos sujeitos tema deste estudo (doentes crônicos) e realizar o planejamento do acolhimento seguindo o cronograma da Unidade, identificando o tema a ser

trabalhado. Em andamento, há também a atividade em mobilizar, sensibilizar e capacitar toda a equipe de saúde para a implementação do acolhimento nesta Unidade Básica de Saúde. Planejar ações educativas para todos os meses com os profissionais de saúde, objetivando facilitar a compreensão do atendimento. Selecionar um profissional de saúde da equipe de saúde da família (enfermeiro, médico, odontólogo, auxiliar de enfermagem, atendente de consultório dentário e agente comunitário de saúde) para o acolhimento de cada dia, fazendo com que fortaleça a relação profissional-usuário.

Tendo em vista que os atores envolvidos na demanda possuem influência direta de atuação, os competentes pela gestão da saúde, houve tentativas por parte do coordenador da atenção básica em criar um elo com a secretária de saúde, a fim de reduzir ou até mesmo acabar com as influências políticas no campo da saúde.

A população também foi conscientizada sobre a importância da formação de vínculos na saúde, sobretudo, no tratamento de doenças crônicas e nas disponibilidades do acolhimento integral.

3.3 População de Estudo

A população de estudo foi a adscrita com base na unidade básica de atuação localizado no bairro Paraíso, município de Bagre- PA, objetiva-se estudar, em números, obtidos por métodos probabilísticos. O critério de inclusão será o fato de serem portadores das seguintes doenças crônicas: diabetes e hipertensão, sendo um total de 576, sem critérios quanto a faixa etária ou gênero.

Quanto ao cenário habitado pela população de estudo, tem-se que trata-se, de fato, de uma população doente, pois é carente em toda sua significância. Falta tudo: alimento, medicamentos, um bom tratamento da água, uma moradia adequada, coisas essenciais para garantia de uma vida digna. E toda a sua carência afeta diretamente sua saúde. Podemos dizer que essas pessoas não vivem, apenas sobrevivem de uma doença e outra e mais outra, na esperança de que um dia cheguem a eles o mínimo existencial e se possa viver com tranquilidade.

3.4 Variáveis do Estudo

Os critérios diagnósticos foram obtidos por meio da análise de prontuários, observação do comportamento dos pacientes em consultas e os dados já obtidos em

roda de conversa realizadas justamente para obter avaliação dos pacientes sobre a temática.

3.5 Análise Estatística dos Dados

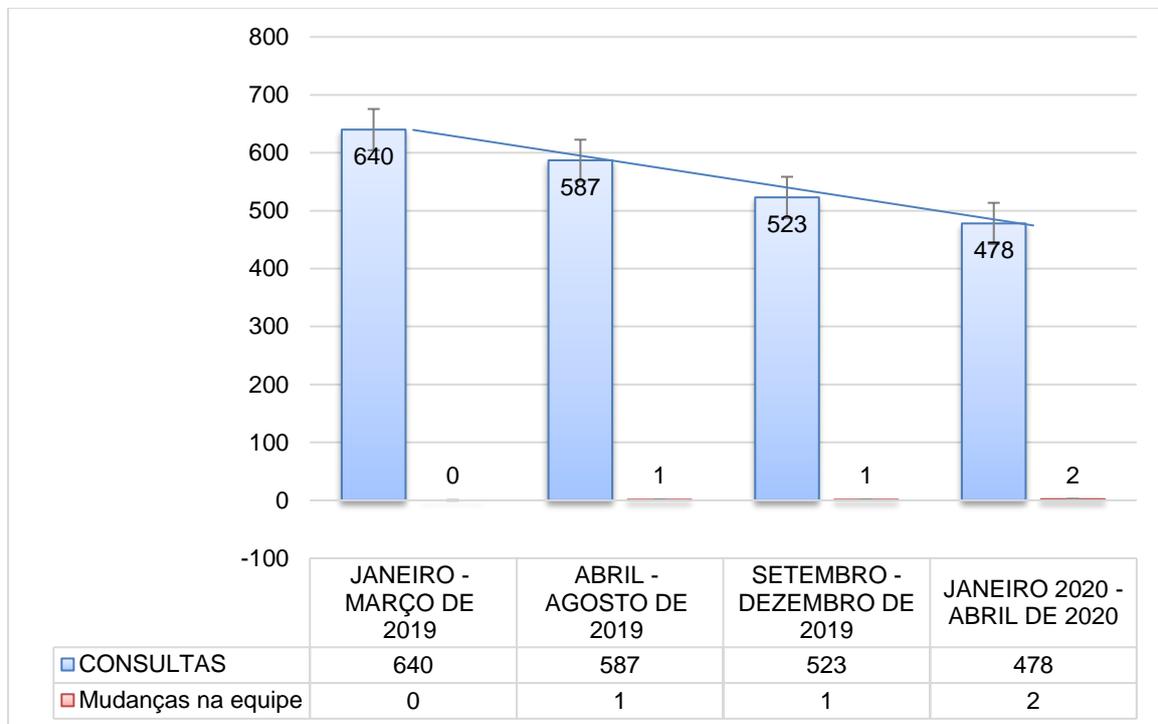
Os dados, após tabulados foram expressados na forma de gráficos e contemplados em dados qualitativos.

4. RESULTADOS

Na UBS Paraíso, cidade de Bagre-PA, tem registrado 4230 pacientes, sendo que 225 são diabéticos e hipertensos 354, totalizando 576 doentes crônicos, sendo a grande maioria pessoas de baixíssima renda e nível de escolaridade baixa.

A cada troca de equipe, observa-se a diminuição do número de consultas para este grupo. Como é mostrado no gráfico 1.

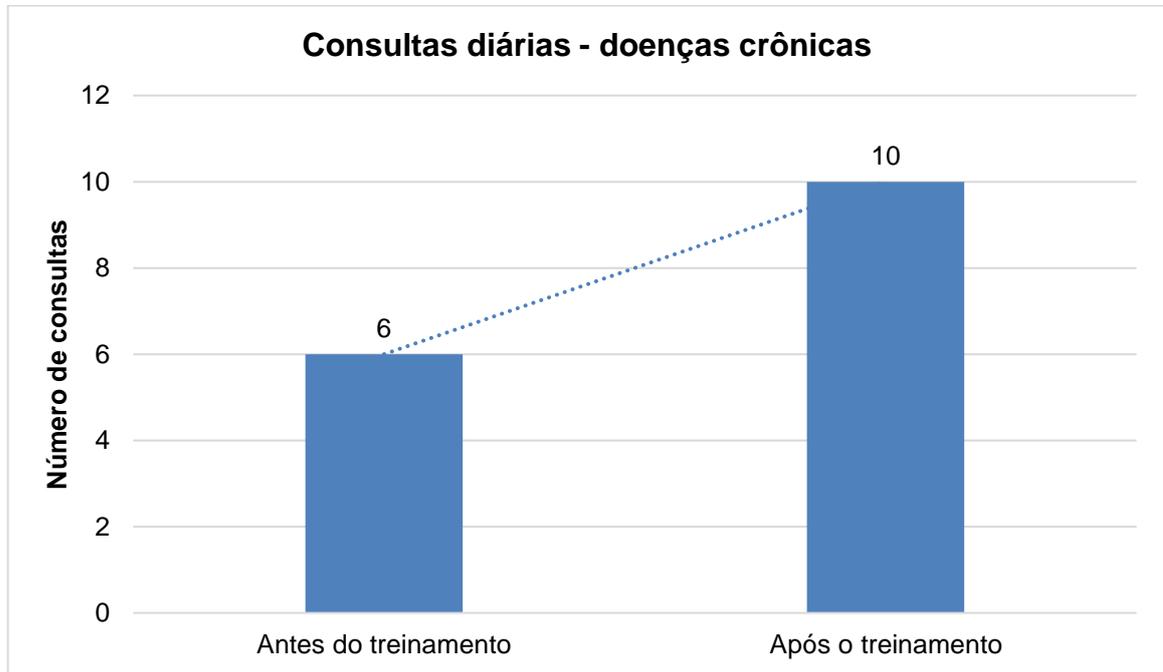
Gráfico 1. Consultas de janeiro de 2019-abril de 2020 x mudança da equipe de saúde



Fonte: Dados secundários obtidos mediante acesso a dados da estratégia de saúde da família (2020).

Conforme gráfico 2, é expressado que antes do treinamento de acolhimento, a quantidade de atendimento aos pacientes com doenças crônicas era de 6, após o treinamento, observamos um aumento para 10 atendimentos diários.

Gráfico 2. Quantidade de atendimento doenças crônicas antes e após treinamento



Fonte: Próprio Autor(2020).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo abordou a pesquisa de campo realizada na cidade Bagre-PA, UBS PARAÍSO, onde foi feita uma capacitação com os profissionais de saúde para melhora do acolhimento entre profissionais de saúde e pacientes, principalmente para o grupo de doentes crônicos, que são em um total de 576.

Na UBS do Paraíso, existe um grande problema que é a troca constante de profissionais, e esse problema refletiu na diminuição das consultas, fazendo com que afugentasse os pacientes, principalmente os doentes crônicos que são os mais necessitados de um acompanhamento fidedigno. Como observado no gráfico 1, com o passar do tempo o número de consultas para este grupo, estava diminuindo de acordo com a mudança de profissionais da unidade.

No Brasil, as doenças crônicas representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde(OPAS,2010). Todo esse processo corrobora com nosso estudo, e ainda compromete os cofres públicos onerando o sistema público de saúde.

Diante do exposto, os pacientes portadores de doenças crônicas, necessitam de um acompanhamento de perto e contínuo e que não pode ser interferido por questões políticas, ou pela falta de acolhimento dos profissionais de saúde para os usuários.

Segundo o Autor (PEREIRA et al.,2010) estudos mostraram que o acolhimento foi identificado como dispositivo de reorganização do processo de trabalho, apostando nas relações entre profissionais e usuários com base na escuta qualificada, responsabilização, compromisso com a resolutividade e trabalho multiprofissional.

Segundo o mesmo autor em outra perspectiva, o acolhimento apresentou-se fundamentado no modelo clínico-biomédico, sendo o atendimento baseado no modelo queixa-conduta e como forma de triagem. O acolhimento proposto nos estudos é baseado no acolhimento dialogado. Sendo assim, a comunicação apresentou-se como um importante elemento para a humanização da assistência em saúde, tornando imprescindível a abertura do profissional para uma escuta qualificada.

Para o autor Freitas(2010), o acolhimento deve garantir a resolubilidade que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário e 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.

Para o autor Tesse, (2010), o acolhimento consiste de uma postura ética e de cuidado, atendimento com abertura humana, empática e respeitosa ao usuário, também implica avaliação de riscos e vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidades clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais, que precisam ser consideradas.

Segundo Lima Filho(2017) após a implantação deste método para o acolhimento, a população pôde tirar dúvidas, marcar os melhores horários, consultar mais profissionais em um só dia, diminuir as filas de espera, facilitar o acesso, agendar a busca por medicação, marcar consultas com profissionais especialistas, participar de campanhas da UBS, dentre outras melhorias. No processo de tais melhorias, atribuímos o aumento de consultas para os pacientes crônicos após o treinamento da nossa equipe.

O gráfico 2, aborda especificamente o número de consulta antes e após o a educação em saúde. Observamos que antes da capacitação as consultas para este grupo eram de aproximadamente 6 consultas por dia, de tal forma, por meio da capacitação para melhora do acolhimento. Tivemos o seguinte resultado: 10 consultas por dia, apenas de doentes crônicos.

Os dados positivos a partir da qualificação da maior parte da equipe no sentido da construção de vínculo próximo ao usuário, escuta qualificada e do encaminhamento ou agendamento efetivos pode ser explicado pela mudança da cultura da assistência pelo reconhecimento do outro em suas necessidades não acontece simplesmente com capacitações de formação dirigidas aos profissionais, como, ela exige mudanças nas regras do jogo organizacional e nas bases das estruturas mentais que configuram o atendimento (DESLANDES, 2005).

Segundo o autor supracitado, isso permite hierarquizar necessidades quanto ao tempo do cuidado (diferenciar necessidades mais prementes de menos prementes); distinguir entre necessidades desiguais e tratá-las conforme suas reais necessidades. Assim, ele envolve, supõe e estimula um sentidoético individual e coletivo, sendo fundamental para orientar a postura do profissional. Mas envolve

também questões de organização e prática do trabalho.

É de suma importância entender o usuário como colaborador ativo na reorganização dos processos de atendimento dos serviços na UBS para que eles entendam parte do processo de acolhimento foi válida.

Essa confiabilidade se desenvolve profissional a profissional, sendo assim, o fato de um dos profissionais da equipe representar um suporte de confiança para aquele usuário significa que o vínculo se formou com toda a unidade básica de saúde, corroborando com nosso estudo, conforme evidenciado pelo aumento das consultas. Para a UBS PARAISO, o acolhimento torna-se um fator preponderante durante a dinâmica de atendimento ao usuário, sendo este o primeiro contato do paciente com a unidade de saúde, o princípio de “gente” atendendo “gente”, dando atenção a todos os fatores subjetivos da doença, gerando vínculo entre o paciente e o profissional de saúde e garantindo a continuidade e integralidade do usuário.

Não há como construir vínculos se o paciente não consegue estabelecer uma relação de confiança com aqueles que irão lhe acolher. Assim como também não há como contestar o fato de que para o surgimento de vínculos demandam tempo e o tempo falta, quando, por questões políticas, as trocas de profissionais ocorrem de maneira constantes, concordando assim com os autores supracitados.

Por isso, a busca do atendimento na UBS do Paraíso em específico estava com a diminuição dos atendimentos ao longo dos meses, como já foi visto nos gráficos acima. Mudar as questões de apadrinhamento seja por causa política ou não, não é o nosso objetivo, então tivemos que mudar o que está ao nosso alcance, porquê essas questões políticas de certo vão continuar se perpetuando, e cabe a nós, profissionais de saúde, mudar a nossa realidade e garantir melhor atendimento possível aos usuários e não deixando que se perca o vínculo, mesmo com as constantes trocas que existe.

Visando no nosso objetivo, o nosso treinamento foi um sucesso, as consultas aumentaram significativamente, e conseguimos superar. Para tanto, além da melhora do acolhimento, o chamado propagando “boca a boca” foi essencial para procura de atendimento.

6. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como uma melhoria do acolhimento pode possibilitar uma maior confiança entre o usuário e profissional. Além disso, também permitiu uma união maior entre os próprios profissionais da UBS. Como a troca era constante o vínculo entre eles também não existia, e isso foi a parte mais interessante do processo.

Pondo em prática nosso treinamento de melhoria da acolhida, foi evidenciado que os usuários em questão não tinham realmente a confiança com os novos profissionais que se encontravam na UBS. Nos primeiros dias foram difíceis, eles queriam ser atendidos pelos mesmos profissionais que trabalhavam na UBS, o que ajuda a justificar o fato de não terem buscado a UBS anteriormente. Todavia contribuiu para a confecção do projeto de uma forma a torná-lo ainda mais acolhedor.

Dada à importância do assunto, torna-se necessário o acolhimento de forma de agilizar as partes mais demorada da corrida que é realmente a confiança paciente para com o profissional.

Nesse sentido, a implantação do acolhimento será sempre posto em prática, principalmente quando houver as trocas de profissionais, para que a confiança adquirida não seja perdida ou esquecida. Além disso, motivamos outras UBS da nossa cidade a implantarem o acolhimento como forma de garantir que o nosso usuário não abandone o atendimento.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. 2011. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doe_ncas_cronicas.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento>. Acesso em: 28 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 648. **Política de atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização e da Gestão do SUS**. 3a ed. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Humanização SUS**. v.1 Brasília: 2010. Gomes MCPA, Pinheiro R. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface Comum Saúde Educ. 2005.

LIMA FILHO, Bartolomeu Fagundes de. **Acolhimento e estratégia de saúde da família: relato de experiência**. 2017

LUCHESE, Patrícia T. R.; PINHEIRO, R.. **POLITICAS PÚBLICAS EM SAÚDE PÚBLICA**. 2004

MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; SANTOS, Raionara Cristina de Araújo. **Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família**. 2016.

MOTTA, J.I.J., Ribeiro, Eliana C.O. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Março de 2005. Disponível em:
www.redunida.org.br>. Acesso em 23 de maio.2020.

PEREIRA ADA, FREITAS HMB, FERREIRA LLC, MARCHIORI TCRM, SOUZA TCH, BACHES DS. Atentando para a singularidade humana na atenção a saúde por meio de diálogo e acolhimento. **Rev Gaúcha Enf.** v.31,n.1. 2010 p.55-61.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica.** 2014.

SCHIMIDT MD, LIMA MADS. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família.** **Cad Saúde Pública.** 2004;20(6):1487-94.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Municipalização da saúde - os caminhos do labirinto.** Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671991000100003.
Acesso em: 25 maio 2020.

TEIXEIRA, R.R. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações.** Rio de Janeiro, 2003.